

ANAIIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

Revista médica editada mensalmente pelo

SANATÓRIO SÃO LUCAS

Instituto de Estudos e Pesquisas de Cirurgia

Diretor: DR. JÚLIO DE SAO RIBEIRO

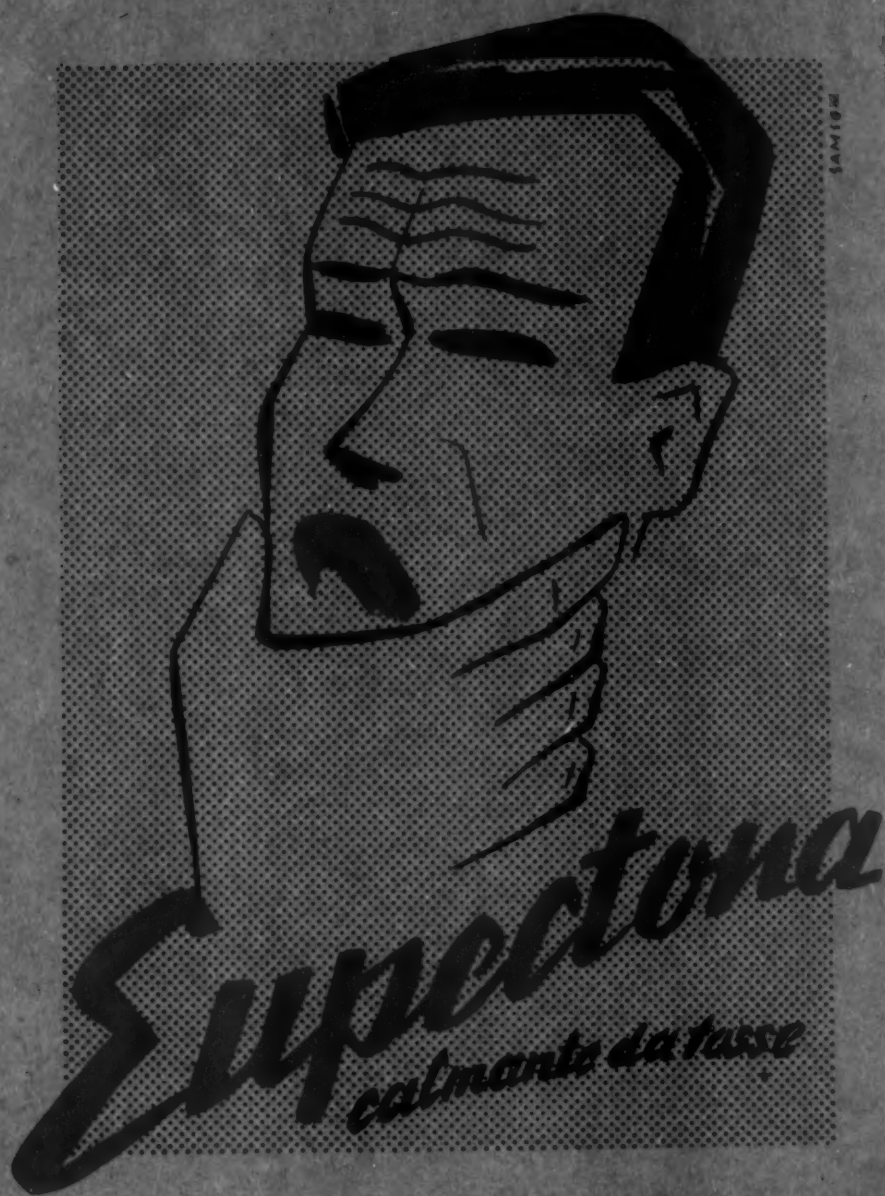
VOL. LXVIII

São Paulo, Setembro de 1954

N.º 5

Sumário:

A tubagem duodenal como auxiliar do diagnóstico dos distúrbios hepatobiliares — DR. RUBENS XAVIER GUIMARÃES e MOACYR PADUA VILELA	153
Hérnia lombar — DR. JOÃO DIAS AYRES	163
Prognatismo y Micrognathia — DR. JULIO A. OTTERMIN AGUIRRE	173
Produção Médica de São Paulo:	
Associação Paulista de Medicina:	
Medicina	181
Hematologia e Hemoterapia	184
Patologia	185
Proctologia	186
Higiene e Medicina Tropical	196
Neuro-psiquiatria	198
Dermatologia e Sifilografia	202
Sociedade Médica São Lucas	202
Outras Sociedades	206
Imprensa Médica de São Paulo:	
Sumário dos últimos números	210
Vida Médica de São Paulo:	
Academia de Medicina de São Paulo	212
Necrológico — DR. ANTONIO BENTO DE CAMPOS NOGUEIRA MARTINS	214
Congressos Médicos:	
Congresso Pan-Americano de Oftalmologia e Congresso Pan-Americano de Assistência aos Cegos e Prevenção da Cegueira	216
Assuntos de Atualidade:	
Conselho Brasileiro de Oftalmologia	218
Técnicas Médicas	221
Literatura Médica:	
Apreciações	221



LABORATÓRIO TORRES S. A.

VIKASALIL

B₁

EM DRÁGEAS ENTÉRICAS



Anti-Reumático – Analgésico



Associação de Salicilato de Sódio
com Piramido



EFEITO MAIS RÁPIDO.
QUALQUER TIPO DE DÔR.



Fórmula:

Salicilato de Sódio	0,50
Piramido	0,10
Vitamina K	0,001
Vitamina B ₁	0,006
Bicarbonato de Sódio	0,03



LABORATÓRIO PHARMA

Marcello, Massara & Cia.

Rua Tabatinguera, 164 – Fone, 33-7579 – São Paulo

Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia

TABELA DE PREÇOS PARA ANÚNCIOS

CAPA:	Cr\$
2. ^a página da capa (12 × 19 cm.) por vez	1.500,00
3. ^a página da capa (12 × 19 cm.) por vez	1.200,00
4. ^a página da capa (12 × 19 cm.) por vez	2.000,00
TEXTO:	Cr\$
1 página (12 × 19 cm.) por vez	1.500,00
½ página (9 × 12 cm.) por vez	800,00
¼ página (9 × 5,5 cm.) por vez	500,00
Encarte por vez	1.500,00
Página fixa	20% de aumento.

ESTERILIZAÇÃO DO TRACTUS INTESTINAL PELO DERIVADO FTÁLICO DA SULFA

ANASEPTIL = FTALIL

(Ftalil-Sulfatiazol com Vitamina K e B₁)

Absorção praticamente nula, alcançando grande
concentração no conteúdo intestinal

DISENTERIAS

COLIBACILOSES

ENTEROCOLITES

COMPANHIA FARMACÊUTICA BRASILEIRA

VICENTE AMATO SOBRINHO S/A.

Praça da Liberdade, 91

São Paulo

DR. SYLVIO COSTA BOOCK

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

RUA BRAÚLIO GOMES, 25 - 4.º Andar - TELEFONES 4-7744 e 8-5445

PANTOMETIONIN

(Flaconetes de 5 cm³, ampolas de 10 cm³ e comprimidos)

FÓRMULA:

INJETAVEL (uso endovenoso)

AMPÔLAS DE 10 CM³

Acetil metionina	2,600 g
Cloreto de colina	0,050 g
Glicocolica	0,050 g
Inositol	0,100 g
Vitamina B12	10 mcg.

Soluto glicosado a 30%

q. s. p. 10cm³

O R A L

FLACONETES DE 5 CM³

Acetil metionina	0,650 g
Cloreto de colina	0,500 g
Glicocola	0,050 g
Inositol	0,100 g
Vitamina B12	5 mcg.

Água bi-distilada

q. s. p. 5cm³

COMPRIMIDOS

Cloreto de colina	0,200 g
Metionina (amido ácido)	0,500 g
Inositol	0,100 g
Vitamina B12	2 mcg.
Excipiente q. s. p.	0,900 g

INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS

*No tratamento das anemias macrocíticas, das
hepatites e toxi-infecções com insuficiência hepática*

APRESENTAÇÃO:

Caixa com 5 ampolas de 10 cm³

Caixa com 5 e 10 flaconetes de 5 cm³

Tubo com 20 comprimidos.

VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA

Licença do S. N. F. M. sob os números 709/52, 708/52 e 402/52
Tabela A alinea XIII Indústria Brasileira

Farm. Resp.: M. P. Lanzoni

LABORATÓRIO PHARMA

MARCELLO MASSARA & CIA.

Rua Tabatinguera, 164 — Telefone 33-7579 — São Paulo

NAS EXCITAÇÕES
NERVOSAS



neuro-sedativo - anti-espasmódico - anti-convulsivante

Na hiper-excitabilidade reflexa - Córdio-Sedativo - Na Epilepsia (No Eretismo Córdio-Vascular, Taquicardia Paroxística, Extra-sístoles funcionais, etc.).

A base do célebre

LEPTOLOBIUM ELEGANS

Crataegus Oxiacanta-Bromuretos de Amônios, Sódio, Potássio, etc.

MODO DE USAR: { Adultos: 1 colher, 15 cc. 3 vezes ao dia em água açucarada.
Crianças: a metade.

MEDICAMENTOS ALOPÁTICOS NACIONAIS S/A.
PRODUTOS FARMACEUTICOS

Rua Rui Barbosa, 377 - Telefone 33-3426 - São Paulo

Vaso-dilatadores Hipotensores



HEXANITOL
*baixa a pressão
arterial*

HEXANITOL COM RUTINA
*baixa a pressão arterial
e evita as hemorragias
cerebraes e oculares*

Laboratório Sintético Ltda
Rua Tamandaré 777 Tel-364572
São Paulo



NOVIDADE NA TERAPÊUTICA DA DOR

D O L C S O N A

Sinergia medicamentosa de duas potentes substâncias de ação analgésica e antiespasmódica:
metadona e papaverina

- ★ Alivia a dor sem provocar narcolismo
- ★ Poder analgésico 3 vezes maior que o da morfina e sem os seus inconvenientes
- ★ Ação terapêutica constante e uniforme quer pela profundidade quer pela duração da analgesia
- ★ Não afeta o coração nem a pressão arterial
- ★ Menor depressão respiratória que os opiáceos
- ★ É particularmente ativa nas dores provocadas, mantidas ou exaltadas por espasmos da musculatura lisa.



Ampélas - de 1cm³, em caixas
com 5, 25 e 100
Comprimidos - tubos com 10

MEDICAMENTO ENTORPECENTE

VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA

DOLCSONA

Indústrias Químicas Mangual S. A.

DEPARTAMENTO

DON BAXTER

APRESENTA AS NOVAS SOLUÇÕES EM

VACOLITERS



Ácidos Aminados a 6 % em água destilada.

Soluto de Glucócio a 5 % com Vitaminas B₁, B₂ e PP.

Soluto de Glucócio Isotônico com 10 % de Alcool.

Lactado de Sódio em Solução 1/6 Molar.

Solução Fisiológica de Cloreto de Sódio.

Glucócio em Solução Isotônica de Cloreto de Sódio a 5 % e 10 %.

Solutos de Glucócio em água destilada a 5 % e 10 %.

Em frasco de 500 e 1 000 cm³

Soluto de Lactado de Sódio e Cloreto de Sódio com Cloreto de Potássio
(Solução de DARROW).

Em frasco de 250 cm³

Material para instalação de Bancos de Sangue :

Transfuso Vac, plasma Vac, conjuntos de colheita e administração de sangue. Plasma humano normal seco (irradiado).



Indústrias Químicas Mangual S. A.

MATRIZ..... : Rio de Janeiro - Rua Paulino Fernandes, 53/55. Telefone : 46-1818
Caixa Postal 3.705 — Enderêço Teleférico : "RICOR"

LABORATÓRIOS : Duque de Caxias - Estado do Rio — Rua Campos, 543.

FILIAL..... : São Paulo — Rua Manoel Dutra, 218 — Telefone: 32-9626.
Enderêço Teleférico : "BAXTER"

entíbios

*no tratamento dos síndromes
diarréicos e disenteriformes*

*** ATIVIDADE**

*** ANTIINFECCIOSA DE LARGO ESPECTRO REPRESENTADA PELA :**

Neomicina	0,020 g
Dihidroestreptomina	0,050 "
Sulfadiazina	0,150 "

*** PARASSIMPATOLÍTICA
COMPROVADA**

Centrine	0,003 mg
----------------	----------

*** DESINTOXICANTE E PROTETORA
DA MUCOSA, REPRESENTADA PELO :**

Caulim	0,200 g
Pectina	0,020 "
Subcarbonato de bismuto ..	0,180 "



BRISTOL-LABOR, S. A.

Indústria Química e Farmacêutica

Rua João Alfredo, 150 - São Amaro (S. Paulo)

ANAIAS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

Director: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Rua Pirapitingui 114 — Fone, 36-8181 — Caixa Postal, 1574 — São Paulo, Brasil

Assinatura por 1 ano Cr \$ 200,00 — Número avulso Cr \$ 20,00

VOL. LXVIII

SETEMBRO DE 1954

N.º 3

A tubagem duodenal como auxiliar no diagnóstico dos distúrbios hepato-biliares (*)

RUBENS XAVIER GUIMARÃES

MOACYR PADUA VILELA

Até 1889, pouco se havia conseguido em relação à obtenção das biles; foi nesse ano que Bôas obteve por drenagem gástrica o refluxo de bile.

Em seguida Boldyreff, procedendo no Laboratório de Pavlov à experiências em cães com fístulas gástricas, conseguiu regurgitação de suco duodenal após refeições com alimentos gordurosos.

Em 1897, Hemmeter descreveu uma canula de borracha, provida de um canal, através o qual se introduzia um tubo, no momento em que a primeira se encontrava no estomago. Este autor diz ter conseguido com esta sua canula, obter sucos pancreaticos e biliar.

Kuhn em 1898, apresentou um tubo com uma lamina de metal em espiral, a qual impedia que aquele que era de borracha, se dobrasse ao passar pelo estomago e assim após varias tentativas, conseguia alcançar o duodeno.

Max Einhorn fez inumeras tentativas para conseguir atingir o duodeno, no intuito de obter bile; assim é que idealizou capsulas de porcelana na extremidade de um fio; em seguida usou duas perolas colocadas, uma à 75 cm. e outra à 50 cm. da extremidade distal, querendo com isso atingir o duodeno e o estomago.

(*) Trabalho apresentado em reunião conjunta da Sociedade Médica São Lucas e Sociedade dos Médicos da Prefeitura de São Paulo, em 9/8/1954.

No dia 11 de Novembro de 1909, Einhorn apresentou perante uma reunião da "Clinical Society of The Physicians of the German Hopital", a sua sonda, constituída por um tubo de borracha flexível e terminado por uma oliva metálica cheia de pequenas perfurações. Vemos pois que, as sondas uadas hoje em dia, são apenas variantes daquela criada por Einhorn e devem pois ter o nome de seu idealizador.

Sòmente há pouco, tivemos notícia de uma modificação na sonda de Einhorn, a qual realmente justifica que o nome do autor esteja ligado à sonda por ele idealizada. Foi o prezado patricio Dr. Clovis de Paiva Aguiar quem criou a sonda, por ele denominada de "Sonda duodenal à jato propulsão", cuja característica principal é a estrutura da oliva, cujo esquema damos nas figuras N.º 1 e N.º 2.



Fig. 1



Fig. 2

Este autor recomenda que se processe a tubagem da seguinte maneira: — a passagem da sonda atrayés as narinas até o estomago é feita da maneira clássica: — Agora então iniciaremos a aplicação dos jatos que serão feitos como segue: — com uma seringa de 10 cc., munida de "passe partout" colhêr por aspiração 4 cc. de água bicarbonatada aquecida à 45 graus centigrados e em seguida aspirar identico volume de ar. Adaptar a extremidade da sonda à seringa a segurá-la em posição vertical, com a ponta para baixo; premer o embolo da seringa em alguns segundos, instilando-se a mistura de água e ar. O número de jatos varia de acôrdo com o sucesso da tentativa de franqueamento do pilóro.

Temos usado a sonda idealizada por Clovis Paiva Aguiar e com sucesso, razão pela qual achamos que seu uso deverá ser difundido.

Meltzer em 1917, demonstrou que a instilação de uma solução de sulfato de magnésio à 25%; feita pela sonda de Einhorn, era capaz de relachar a musculatura duodenal, o esfinter de Oddi e ainda provocava contração da vesicular biliar. Este autor acre-

ditou então que se pudesse utilizar o sulfato de magnésio no tratamento das afecções hepato-biliares e admitida a possibilidade de eliminação de calculos encravados na arvore biliar.

Lyon foi encarregado de pôr em prática as ideias de Meltzer e em 1919, verificou após a instilação daquela solução salina feita pela sonda de Einhorn e no duodeno, que havia a eliminação de uma bile escura, achando este autor que ela provinha da vesicula biliar.

Surgiu nesta época uma polemica entre Lyon e Einhorn, para esclarecer a verdadeira origem da bile obtida após a instilação da solução de sulfato de magnésio, sabendo-se hoje que realmente ela provém da vesicula biliar.

As idéias de Meltzer, utilizando a tubagem duodenal, para a eliminação de calculos biliares, não teve aceitação e hoje ninguém acredita que se possa eliminar um cálculo apenas pela entubação duodenal.

Mais recentemente, Varella Fuentes introduziu substancial modificação na técnica até então utilizada na entubação duodenal.

Nós temos seguido esta técnica em todas as tubagens que fazemos em nossa clinica particular, cujos resultados são o motivo do presente trabalho e cujo esquema é encontrado na figura n.º 3.

Recomendamos ao paciente que faça sua última refeição, na vesperta da prova, às 18 horas. O doente estando em jejum, deverá ser posto a par do que vamos realizar, visando com isto convence-lo da inocuidade do exame.

Preferimos introduzir a sonda de Clovis Paiva Aguiar, pelas narinas e estando o paciente sentado, sendo que ao atingirmos o faringe, pedimos ao doente que faça movimentos de deglutição ao fim de cada inspiração profunda, realizada com a bôca aberta.

Em pacientes com reflexos faringianos muito exaltados, utilizamos de uma pastilha anestésica, com a qual conseguimos franquear facilmente o faringe. Introduzimos então a sonda até a marca de 50 cm. e retiramos do estomago todo o liquido de estase, procedendo-se nele o exame físico, químico e microscópico do sedimento. Assim é que mediremos o volume, o qual normalmente atinge 5, 10 até 50 cc., sendo que em condições patológicas encontraremos maior quantidade, alcançando 100 ou mais cc.; verificaremos ainda a existência de réstos alimentares, cuja presença indica uma demôra no esvaziamento gástrico, seja por uma afecção do pilôro ou por uma causa refléxa que pôde ter sua origem nas vias biliares.

Em casos de gastrite, encontraremos uma grande quantidade de muco no liquido de estase, revelando o exame microscópico do sedimento, pedaços de mucosa gástrica, grande descamação epitelial e colônias bacterianas. Outras vêzes vamos encontrar no liquido de estase laivos de sangue aderentes à filamentos de muco e mais raramente, sangue em grande quantidade; a presença de sangue

está relacionada à existência de uma úlcera gástrica, de uma gastrite hemorrágica ou neoplasias no estômago. Não devemos esquecer entretanto, que a oliva da sonda pôde perfeitamente ferir o estômago, ocasionando a presença de sangue no líquido de estase.

Normalmente não encontramos refluxo biliar no líquido de estase; o encontro de bile no suco gástrico em jejum é um indicio de perturbação hepato-biliar. Quando a presença de bile no suco gástrico data de varias horas, iremos encontrar o líquido de estase com uma côr esverdeada, resultando da oxidação da bilerrubina que passa à bileverdina.

No sedimento do líquido de estase, obtido com o paciente em jejum, encontraremos normalmente: — raros leucocitos, algumas celulas epiteliais de descamação, alguns filamentos de muco e pequena quantidade de colonias bacterianas que provém da deglutição através do faringe. A presença do bacilo de Opler-Bóas é um indicio de baixa acidez no líquido de estase.

O exame químico do suco gástrico obtido em jejum, é feito titulando-o por meio do hidróxido de sodio N/10, usando-se como indicadores, o reativo de Tapfer e a fenoltaleína em solução alcoólica à 1%; obtemos assim os valores da acidez livre e combinada.

Após termos colhido o líquido de estase, introduzimos a sonda, vagarosamente até marca de 70 cms. e fazemos então funcionar o mecanismo de "jato-propulsão", cuja finalidade é propulsionar a oliva até o duodeno.

Quando a oliva atinge o duodeno, encontraremos alguns dados que nos indicam a real posição da sonda: — pressão negativa, reação do meio, introdução de solução fisiológica e impossibilidade da recuperação do líquido introduzido, etc.

A simples presença da sonda no duodeno, normalmente provoca a abertura do esfinter de Oddi e então teremos o fluxo de *bile coledociana* pela sonda.

Normalmente a bile coledociana tem um volume de 10 à 15 cc., é de côr amarelo ouro, de aspecto limpo e vítreo; esta bile apresenta uma certa viscosidade, devido a muco dissolvido que provém em sua maior parte de seu componente biliar. Ao exame microscópico iremos encontrar: — filamentos de muco caracterizado por seu aspecto refringente, estriado, sempre corado mais ou menos intensamente pela bile. Encontraremos ainda elementos celulares dos grandes canais, do tipo colunar alto dispondo-se em palissada, quando agrupados. Estes elementos celulares rapidamente sofrem desintegração, pois que a bile é um ótimo meio citolítico, razão pela qual o exame microscópico deverá ser feito logo após a obtenção da bile. Estas celulas degeneradas são o motivo de confusão com os verdadeiros leucocitos e deram até há pouco motivo para inumeros diagnósticos de infecção das vias biliares, quando se tratavam apenas de celulas duodenais dos grandes canais em estadio degenerativo.

Os cinco tempos da sondagem duodenal

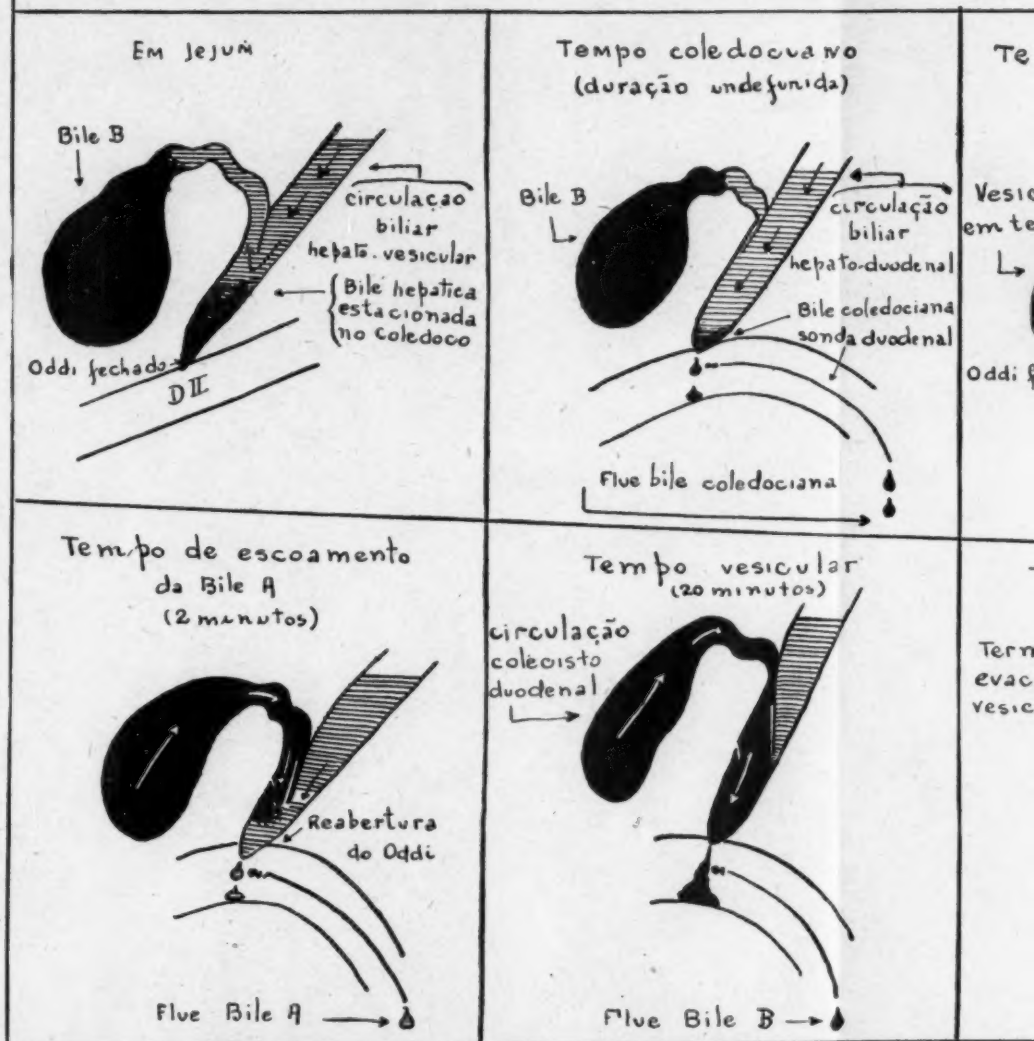


Figura N.º 8

THE NEW YORK PUBLIC LIBRARY

ASTOR LENOX TILDEN FOUNDATION

1892

1892

1892

O encontro de hematias no sedimento desta bile pôde ser devido à neoplasias da âmpola de Vater, sendo encontradas ainda em casos de duodenites. O achado de cristais é raro em casos de bile normal; as bacterias não devem ser levadas em muita conta, pois que podem ser gérmes mortos provenientes do estômago, como revelam as culturas negativas.

Após o fluxo de bile coledociana, aparecerá a bile hepática, momento em que faremos a instilação de 40 cc. de oleo de oliva, marcando-se exatamente o momento em que acabamos de introduzir este excitante vesicular. Com a presença do oleo de oliva no duodeno, o esfinter de Oddi se fecha, havendo uma contração reflexa da vesicula biliar, a qual atingindo um determinado grau, provoca a reabertura deste esfinter; neste momento verificaremos qual o tempo decorrido e teremos assim o *Tempo de fechamento do esfinter de Oddi*.

Abrindo-se novamente o esfinter de Oddi, flue pela sonda a *bile A* ou ainda denominada *hepática da primeira fase*; esta bile se apresenta normalmente com 3 a 4 cc. de volume, de côr amarelo citrina, limpida, com raros flóculos em suspensão. Ao exame microscópico encontraremos raras celulas epiteliaes biliares, filamentos de muco de côr amarelada ou ligeiramente castanha e às vezes, substância oleaginosa amarelada.

Após 2 ou 3 minutos, surgirá a *bile B* ou *vesicular* na quantidade de 40 a 50 cc., de côr castanha, limpida, vitrea, perfeitamente transparente, não apresentando grumos em suspensão.

No exame do sedimento iremos encontrar raros filamentos de muco com uma coloração um pouco mais escura que aquela encontrada na bile coledociana, celulas epiteliaes com forma prismática, com nucleo elíptico e relativamente grande. Quanto às bacterias diremos o mesmo quanto a bile coledociana, tendo valor apenas o exame bacteriológico da bile. Pequena quantidade de bilerrubinato de cálcio e raros cristais de colesterol são também encontrados.

O tempo de escoamento da bile vesicular é de em média 20 minutos e seu ritmo é contínuo.

Em seguida, escorrerá pela sonda a *bile C* ou *hepática da segunda fase*, de côr amarelo citrina, limpida e com raros flóculos em suspensão. Os elementos encontrados no sedimento à fresco são: filamentos de muco, celulas epiteliaes e eventualmente raros cristais de colessterina.

Em condições patológicas iremos encontrar as seguintes alterações: Casos há em que a sonda estando no duodeno, não consegue provocar a abertura do esfinter de Oddi, pois que o mesmo se encontra em estado de hipertonia; neste caso, lançamos mão de uma solução de novocaina à 1% na quantidade de 10 cc. que é instilada pela sonda. Quando estamos frente a um caso de perturbação apenas funcional do esfinter de Oddi o resultado é imediato; entretanto quando existe comprometimento orgânico de certa intensidade os resultados são decepcionantes.

Em outras ocasiões após a instilação do óleo de oliva o esfíncter de Oddi se reabre, flue pela sonda bile hepática, não havendo resposta vesicular mesmo após 30 a 40 minutos. Em geral nestes casos, o paciente acusa fenômenos dolorosos ao nível do hipocôndrio direito e então pensaremos num espasmo do esfíncter de Lutkens. Faremos o doente inalar uma ampola de nitrito de amilo que, frente à perturbações funcionais puras mostrará resultado imediato, fluindo pela sonda a bile vesicular. O comprometimento orgânico, quando presente é a causa de fracassos, quando da inalação do nitrito de amilo. Iremos encontrar ainda casos em que obtemos resposta vesicular, em geral com tempo de fechamento do esfíncter de Oddi prolongado e em que o escoamento da bile B se faz de maneira intermitente, com paradas mais ou menos demoradas, podendo o doente durante estas paradas acusar dor ao nível do flanco direito, que desaparece ao fluir novamente bile. Após uns 20 minutos de fluxo de bile hepática da segunda fase, faremos uma segunda excitação vesicular, agora com sulfato de magnésio à 33%, procurando com isto verificar se ainda existe bile B na vesícula biliar.

Com a introdução desta solução solina o esfíncter de Oddi se fecha novamente, para reabrir minutos após, dando assim um *novo tempo de fechamento do esfíncter de Oddi*.

Após um certo tempo de fluxo de bile C, é comum sair uma bile turva com vários flóculos em suspensão; trata-se em geral de passagem de material gástrico para o duodeno o qual irá precipitar os sais biliares turvando a bile.

Após colhermos todos estes dados damos por encerrada a entubação e então faremos a retirada da sonda.

Damos a seguir um relatório para a descrição de uma tubagem duodenal, segundo a técnica de B. Varella Fuentes que temos usado em nossa Clínica Particular:

SONDAGEM DUODENAL

(Técnica de B. VARELLA FUENTES)

Início de passagem da sonda através ás fossas nasais: horas.

Síntomas e sinais obtidos durante a passagem da sonda do faringe
ao estômago:

ETAPA GÁSTRICA

Sonda no estômago: horas Volume líquido de estase:

Síntomas referidos pelo paciente durante a obtenção do líquido
de estase:

Dosagem de acidez livre no líquido de estase:

Dosagem de acidez combinada no líquido de estase:

Dosagem de acidez total no líquido de estase:

Sedimento do líquido de estase:

ETAPA DUODENAL

Sonda no duodeno: horas.
 Modificadores usados:
 Aparecimento da bile coledociana: horas.
 Fim do escoamento da bile coledociana: horas.
 Tempo coledociano: minutos.
 Ritmo de escoamento da bile coledociana:
 Excitação vesicular com 40 cc. de óleo de oliva: horas.
 Modificadores usados
 Efeitos dos modificadores usados:
 Tempo de fechamento de esfínter de Oddi: minutos.
 Aparecimento da bile A (hepática da 1.^a fase): horas.
 Sintomas referidos pelo paciente durante o escoamento da bile A (hepática da 1.^a fase):
 Modificadores usados:
 Efeitos dos modificadores usados:
 Nova excitação com 40 cc. de sulfato de magnésio á 33%: horas.
 Aparecimento da bile B (vesicular): horas.
 Sintomas referidos pelo paciente durante o escoamento da bile B (vesicular):
 Fim do escoamento da bile vesicular: horas.
 Tempo vesicular: minutos.
 Ritmo do escoamento da bile vesicular
 Aparecimento da bile C (hepática da 2.^a fase): horas.
 Nova excitação com 40 cc de sulfato de magnésio á 33%: horas
 Efeitos obtidos com a nova excitação vesicular: horas
 Fim da tubagem duodenal: horas.

BILE COLEDOCIANA

Volume:
 Aspecto:
 Côr:
 Reação:
 Viscosidade:

Exame microscópico:

Leucócitos:
 Hemátias:
 Células epiteliais:
 Muco:
 Cristais:
 Bactérias:

Exame parasitológico:

Cultura:

BILE A

Volume:
 Aspecto:
 Côr:
 Reação:
 Viscosidade:

Exame microscópico:

Leucócitos:
Hemátias:
Células epiteliais:
Muco:
Cristais:
Bactérias:

Exame parasitológico:

Cultura:

BILE B

Volume:
Aspecto:
Cór:
Reação:
Viscosidade:

Exame microscópico:

Leucocitos:
Hemátias:
Células epiteliais:
Muco:
Cristais:
Bactérias:

Exame parasitológico:

Cultura:

BILE C

Volume:
Aspecto:
Cór:
Reação:
Viscosidade:

Exame microscópico:

Leucocitos:
Hemátias:
Células epiteliais:
Muco:
Cristais:
Bactérias:

Exame parasitológico:

Cultura:

OBSERVAÇÕES CLÍNICAS

Sendo as colecistopatias, afecções muito comuns em patologia digestiva, justifica plenamente, sempre que possível, publicações que visem orientar o seu diagnóstico e tratamento.

Apesar de muito estudadas, ainda encontramos dificuldades no diagnóstico e mesmo no tratamento de tais afecções, sendo digno

de menção, o número de laparatomias desnecessárias, feitas com o intuito de extirpar uma vesícula biliar doente — o que muitas vezes não é encontrado.

Assim sendo, apesar da nossa casuística ser pequena (21 casos), achamos de interesse tal publicação, pois ela é bem selecionada e nosso intuito primeiro é chamar a atenção para certas regras diagnósticas, jogando em primeiro lugar com uma anamnese bem feita e cuidadosa, exame físico atento e finalmente o colecistograma com prova de Boyden e entubação duodenal, segundo a técnica de Varella Fuentes.

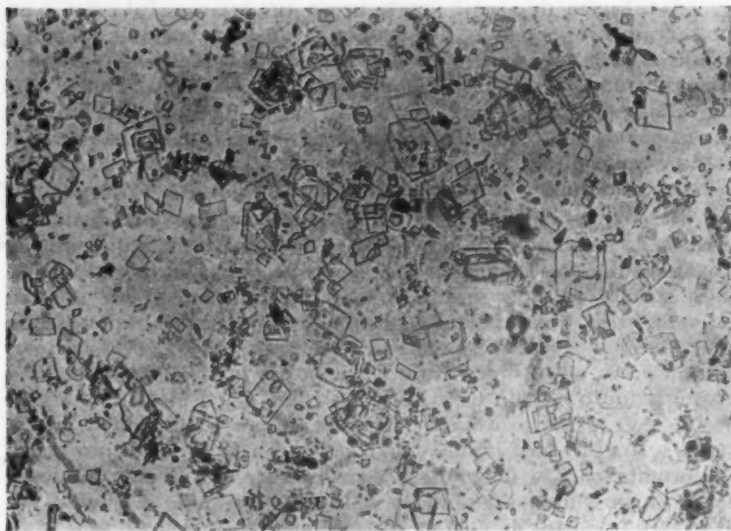


Figura N.º 4

Para mostrarmos o real valor da entubação duodenal no diagnóstico das colecistopatias, procuramos 21 casos onde, ao lado da tubagem, também possuísem colecistograma (um ou mais), exames de fezes e, conforme as necessidades, radiografias do estômago e duodeno, dos intestinos, etc. etc., para se ter um diagnóstico definitivo.

Destes 21 casos, 15 eram do sexo feminino e 6 do sexo masculino, com limites de idade, mínimo de 22 anos e máximo de 56. Devemos fazer notar inicialmente que o diagnóstico de colecistopatia foi feito, primeiramente pela anamnese e exame físico. Com o auxílio da entubação e do colecistograma, quase a metade foi afastada como tal, diagnosticando entretanto, outras afecções, entre

elas: úlceras gastro-duodenais, desequilíbrios neuro-vegetativos, enterocolopatias, etc., etc. Confirmou-se o diagnóstico de colecistopatia em apenas 42,8% dos casos; nestes, 33,3% mostraram uma colecistite calculosa, evidenciada aos RX ou cirurgicamente e em 9,5% uma colecistite crônica não calculosa, devendo-se frizar que este último diagnóstico é muito difícil, podendo ser feito por exclusão.

Quanto às chamadas discnesias, achamos que elas na sua grande maioria são secundárias, devendo-se para firmar o diagnóstico encontrarmos a repetição do mesmo achado em duas ou mais entubações duodenais feitas em dias diferentes.

A tubagem duodenal nos forneceu importantes informes para nossa casuística, quando demonstrou a ausência de bile vesicular e esse achado foi confirmado em outras entubações, assim como o colecistograma negativo. Também tem importância as alterações de volume e de aspecto da bile B. Ao exame de sedimento não nos preocupamos com os chamados piocitos, de vez que a sua identificação é muito difícil, sendo quase impossível ao exame do sedimento à fresco, destingir uma célula duodenal de um leucocito.

Reputamos de grande utilidade a importância o achado de cristais de bilerrubinato de cálcio e colesterolina no sedimento de qualquer uma das biles. Em 33,3% dos 21 casos por nós estudados, estes cristais (os dois juntos ou um isoladamente; maior número de vezes o de colesterolina isoladamente) foram encontrados, sendo que em 71,4% (6 em 8) com calcúlo comprovada, evidenciamos um ou outro ou os dois cristais em uma das biles ou em todas elas. Assim sendo o achado de cristais nas biles, é um elemento de real valor e deve ser procurado atentamente no sedimento à fresco, sendo a sua presença juntamente com outros dados, elemento muito importante para o diagnóstico de colecistite calculosa. Damos a seguir uma microfotografia do sedimento de bile B obtida por punção da vesícula biliar, no ato cirúrgico de um dos nossos casos operados.

Quanto às culturas das biles, achamos ainda precários os resultados que as mesmas nós oferece, demandando melhores estudos para se ter uma idéia do valor ou não do encontro de bactérias nas culturas de bile. Dois de nossos pacientes apresentavam culturas positivas, um para *Escherichia coli* *comunior* e outra para *Staphylococcus aureus* na bile B; estes dois pacientes medicados não apresentaram melhora clínica, apesar das entubações seguintes não mostrarem mais aquelas bactérias.

Tem valor ainda o achado de *Giardia lamblia* e *Strongyloides stercoralis* — devido as alterações, principalmente do tipo deiscinéticas que produzem na vesícula e árvore biliares, provavelmente em virtude da irritação do duodeno. Não acreditamos que o *Giardia* suba até a vesícula biliar, produzindo aí uma inflamação, constituindo a chamada colecistite giardica.

CONCLUSÕES

Achamos que a entubação duodenal, segundo a técnica de Varela Fuentes, é um ótimo auxiliar no diagnóstico das colecistopatias; entretanto para se chegar á um diagnóstico definitivo destas afeções é necessário conjugar a entubação, e exame físico minucioso. Reputamos de grande importância as alterações um colecistograma com prova de Boyden, ao lado de uma anamnese cuidadosa no volume e cor da bile vesicular, bem como a presença de cristais de bilerrubinato de cálcio e colessterina no sedimento das biles, para o diagnóstico das colecistites calculosas.

CONCLUSIONS

We believe that tubage according to technics set down by B. Varela Fuentes represents an excellent help in diagnosis of cholecystopathies, however, in order to be able arrive to a definite diagnosis of such affects it is necessary to associate the tubage or cholecystography, or Boyden's test, a careful anamnesis and a chose physical checkup. We think it of great importance any alterations of volume and colour of bile B as well as the presence of calcium bilerubinate crustals and colessterine in the sediment of the bile for diagnóstico of cholelithiasis.

BIBLIOGRAFIA

- BENGOLEA, Adrian J. — SUAREZ, Carlos Velasco — *El sondeo duodenal como medio de diagnóstico y de tratamiento* — Libreria Hachette S. A. — Maipú 49 — Buenos Aires.
- BOCKUS, H. — *Gastroenterologia* 3.º volume — Editora Guanabara — 1951.
- BOVE, Plinio — *Processos inflamatórios da junção colédoco-pancreato-duodenal. Contribuição ao seu diagnóstico e tratamento* — 1953.
- FERRAZ Wladimir da Prussia G. — PROCOLI, Thomaz Imperatriz — *Entubação duodenal e colecistograma* — Trabalho apresentado no IV Congresso de Gastroenterologia de Recife em 1952.
- FUENTES, B. Varela — FUENTES, J. Varela — PRA4*, G. Martinez — *La contribucion del Laboratorio ao diagnóstico de la colecistite cronica alisiatica* — El Dia Médico — Janeiro 1950.
- FUENTES, B. Varela — CAPURRO, F. Garcia — *Patologia digestiva* — Atualidades Clínicas e Radiológicas e Terapêuticas — Editora Científica — 1953.
- LOPEZ, Julio A. Varela — *El sondeo gastro-duodenal. Una prueba semiologica* 1948.
- ORIA, José — CARVALHAES, Paulo — *Entubação duodenal* — Estudo citológico do sedimento biliar — 1948.
- PONS, A. Pedro — *Patologia e Clínica Médica* — Tomo I, "Enfermidades del tubo digestivo — Hígado e vias biliares". Pancreas, Peritonite e Diaframa.
- PRATE, Domingos. *Patologia biliar*. Editorias Médico-Cirúrgica.

Sanatório São Lucas

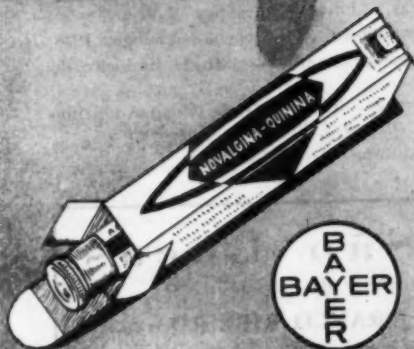
Instituição para o progresso da cirurgia

Diretor: Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO

Rua Pirapitingui, 114 — Tel. 36-8181 — SÃO PAULO

Resfriados Gripe

NOVALGINA-QUININA



**Tratamento
abortivo,
causal e
sintomático**

Tubos com 10 drágeas de 0,25 g

Hérnia lombar (*)

Dr. JOÃO DIAS AYRES

(Hospital de Sertanópolis) — Paraná.

Entre as hérnias tidas como raras, poderemos incluir sob o nome genérico de "hérnia lombar", tôdas as lesões herniárias congênitas ou adquiridas, de localização lombar.

Três são as variedades dêsse tipo de hérnia: a que se insinúa pelo triângulo de J. L. Petit, a que fórça o espaço de Grynfeldt e a da fenda de Braum.

A literatura à propósito dêsses tipos de hérnia é escassa e os tratados limitam-se à breves relatos sôbre a etiologia, classificação e tratamento dessas lesões. O tipo verdadeiro é o da hérnia congênita, que traduz malformação, com a hérnia desde o nascimento, ou com a predisposição das paredes musculares e aponevróticas por atrofias ou aplasias congênitas, que condicionam o aparecimento precóce ou tardio da hérnia. O tipo adquirido em geral ocorre após intervenções sôbre essa região, tratando-se neste caso mais de eventrações. Outras vezes, coleções purulentas, hematomas ou traumatismos, poderão ocasionar o aparecimento de lesões do tipo herniário. Interessa-nos mais a variedade congênita. Para maior compreensão da etiologia dêstas hérnias, faremos uma recapitulação da anatomia do espaço costo-iliaco-vertebral.

Pelo entrecruzamento e superposição das camadas musculares o espaço costo-iliaco-vertebral deve fazer face aos esforços da pressão intra-abdominal e oferecer proteção à loja renal. E' compreensível que pontos de menor resistência, como falhas congênitas, aplasias, atrofias de músculos, ligamentos ou aponevroses, possam constituir as portas de entradas para a formação herniária.

Os dois espaços constituídos pelo Triângulo de J. L. Petit e o de Grynfeldt, têm forma triangular e se dispõem de maneira oposta um ao outro. O Triângulo de J. L. Petit, segundo Testut Jacob, é um dos pontos fracos da parede abdominal, tendo sua base formada pela crista iliaca e seus lados, respectivamente, pelo grande dorsal e grande obliquo. O espaço assim formado mede ordinária-

(*) Trabalho apresentado na sessão de 20 de outubro de 1953 na Sociedade Médica São Lucas.

mente 2 a 3 centímetros. O ápice situa-se à igual distância entre a crista ilíaca e a última costela. Entretanto, segundo Baracz, que em 1902 examinou este ponto em 76 regiões lombares, a resistência da parede abdominal ao nível do Triângulo de J. L. Petit é geralmente grande, admitindo então a formação das hérnias lombares mais pelo espaço de Grynfeldt do que pelo Triângulo de J. L. Petit.

Consideremos agora o espaço de Grynfeldt. De base superior, é constituído pelo músculo denteado posterior e inferior e pela décima segunda costela; para dentro é limitado pelos músculos espinais (e algumas vezes pelo bordo externo do quadrado lombar), para fóra e para baixo pelo bordo posterior do pequeno oblíquo. Referido espaço é recoberto pelo grande dorsal.

"O espaço de Grynfeldt é muito variável em sua forma e dimensões. Tanto assim que, quando o bordo inferior do pequeno denteado posterior se estende para diante, até a inserção do pequeno oblíquo, o espaço em questão toma uma forma triangular, disposição esta longe de ser rara. No caso em que a décima segunda costela seja curta e inteiramente dissimulada sob os músculos espinais, o pequeno denteado posterior inferior, e o pequeno oblíquo, vêm se inserir, tanto um como outro, sobre a décima primeira costela, resultando naturalmente, que o espaço de Grynfeldt remontando mais alto que de ordinário, encontra-se aumentado em toda altura da décima costela e do décimo primeiro espaço intercostal. Ao contrário, este espaço encontra-se retraído toda vez que o pequeno denteado posterior inferior e o pequeno oblíquo se aproximam um do outro, podendo apresentar neste caso o aspecto de uma simples fenda que acontece desaparecer completamente pelo contacto recíproco dos citados músculos. Qualquer que seja sua forma e dimensão, o espaço de Grynfeldt, quando existe, encontra-se recoberto. 1.º) pelos grande dorsal e diferentes planos que se situam atrás deste músculo; 2.º) por uma camada ou lâmina celulosa (muitas vezes resistente para merecer o nome de fibrosa), resultando da fusão, neste nível, da aponevrose do pequeno dentado com as do pequeno e grande oblíquo. O próprio espaço é constituído pelo folheto médio da aponevrose do transversos, reforçada em toda sua parte superior pelos feixes externos do Ligamento Costal de Henle".

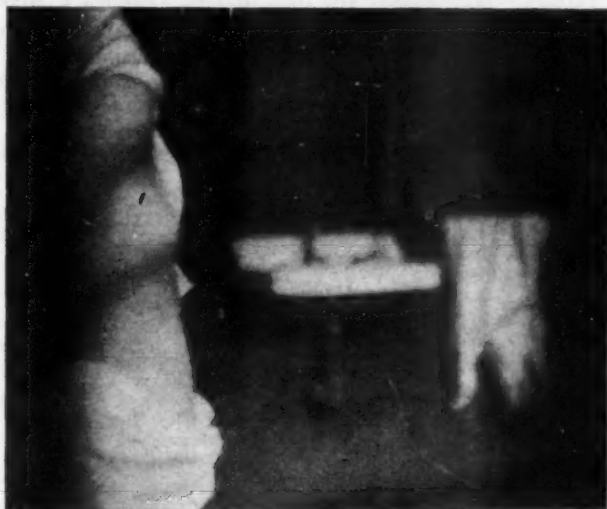
OBSERVAÇÃO

A. R., com 17 anos, solteira, branca trabalhando em serviços domésticos e agrícolas, residente na zona rural deste município (Ibiaci).

QUEIXAS: Em 24/5/53 procurou nosso serviço porque apresenta uma tumoração desde o nascimento, na região renal esquerda, que aumenta aos esforços, para diminuir no estado de repouso.

EXAME: biotipo: normolíneo, mesoestênica, Face atípica. Mucosas coradas. Pele normal. Pilação normal, bem distribuída. Panículo regular. Língua normal. Pescoço sem anormalidade.

Tórax: apresenta à inspecção deformação dos últimos arcos costais esquerdos, que são mais curvos, dando a impressão de reentrância. À escuta nada de particular para o lado do coração, pulmões e grandes vasos.



Observe-se a protusão da hérnia na região lombar.

Abdome: parede anterior depressível, nada apresentando de anormal. Parede látero posterior, ou melhor, costo-iliaca esquerda: percebe-se nesta altura uma tumoração grande, 7 à 8 cms. de diâmetro, fazendo saliência e aumentando aos esforços da paciente. Dita tumoração é facilmente redutível e, através da pele, pela apalpação, percebe-se uma grande falha tissural delimitando um espaço ovóide, com os arcos costais em cima e massas musculares lateralmente, parecendo conter órgãos da cavidade abdominal, da lója renal esquerda ou da lója esplênica.

Ao exame detalhado dos demais segmentos, nada de anormal encontramos com referência ao desenvolvimento somático.

Pulso: 60 — **Pressão:** Mx. 11,5. Mn. 7 — **Coração** normal.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO: Evidente que estávamos em face de uma lesão congênita, por atrofia de parede costal ou da camada muscular, com a formação de um grande orifício herniário, que pela situação

nos levou à pensar em lója renal herniada, tendo sido então feito o diagnóstico de *hérnia da lója renal esquerda, congênita*.

Indicou-se, assim, a correção cirúrgica.

Operação realizada em 2/6/53.

Diagnóstico clínico: hérnia congênita da lója renal esquerda.

Indicação operatória: Hérniotomia.

Operador: Dr. João Dias Ayres — Assistente: Dr. Vacir Gonçalves Pereira. Anestesista: Dr. Adhemar de Oliveira e Silva.

Anestesia gasosa — Ciclo, éther oxigênio — Marcha da anestesia: Boa Incisão: Obliqua sobre o tumor herniário, na linha mediana deste.



Após a intervenção, no dia da alta.

Marcha da operação: a incisão interessou a pele e tecido celular sub-cutâneo; um tecido célulo-gorduroso frouxo foi reduzido por divulsão romba, caindo-se em pleno tumor herniário, recoberto por uma resistente cápsula fibrosa, do tipo aponevrótico. Incisada esta, caímos sobre uma formação sacciforme, de frouxas aderências gordurosas, facilmente isolada em toda sua extensão. Um feixe vascular foi identificado e ligado. Abertura do saco, comprovando-se a existência do ângulo esplênico do colon à fazer pressão no campo operatório. Redução do saco por retirada de determinada porção do folheto peritoneal. Identificação dos elementos musculares que limitavam a abertura herniária, constatando-se que o espaço era excessivamente grande para uma aproximação muscular. Tentou-se luxar a décima segunda costela afim de constituir-se um anteparo mais forte à prensa abdominal, o que não foi satisfatório. Optamos

então para o recurso mais simples de reduzir a extensão da cápsula aponevrótica, cuja resistência comprovamos. Retirada de um retalho elíptico da mencionada cápsula, suturamo-la em jaquetão, com pontos separados de catgut 0, resultando um bom fechamento.

Sutura do tecido célula-gorduroso. Na pele, sêda.

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: Hérnia lombar congênita do espaço de Grynfeldt.

PÓS-OPERATÓRIO: evolução sem maiores incidentes.

ALTA: 10/6/53.

Frequência. — Américo Nasser em recente trabalho apresentado ao Departamento de Cirurgia da Associação Paulista de Medicina, em 10/12/52, refere um caso de sua clínica, que reputa o primeiro da literatura nacional publicado. Tratava-se de hérnia lombar adquirida. Revisando a literatura a respeito, citou duas estatísticas de Watson: uma em que são coletados 115 casos, que o mesmo A. apresenta acrescidas para 186 mais tarde. Thorek, em 1950, conseguiu reunir 126 casos de literatura mundial, apresentando dois casos pessoais. Em 1951, Senger e Thonley publicam um caso.

DIAGNÓSTICO: O diagnóstico diferencial deve ser feito com as paralisias parietais consequentes à poliomielite, que pela flacidez e atrofia musculares, pode dar nascimento a tumores herniânicos nesta região. A variedade congênita não será difícil de ser identificada quando a hérnia é entrevista desde ao nascimento (nosso caso), o que a história da doente esclarece. Além disto, abscessos, lipomas, fibromas e hematomas podem simular uma hérnia desta região.

PRONÓSTICO: Complicação que pode agravar o prognóstico é a estrangulação da hérnia, acidente assaz raro.

TRATAMENTO: Todas as técnicas visam o fechamento do orifício herniário, após o tratamento do saco quando houver, com a aproximação muscular ou aponevrótica. Nos casos de grandes hérnias são preconizadas plasticas músculo-tendinosas ou aponevróticas. Reforços com retalhos de pele e músculo ósseos. Suturas com tendão de cangurú, enfim, a técnica variando sempre para cada caso particular.

SUMÁRIO

O A. apresenta um caso de hérnia lombar congênita, fazendo considerações de ordem anatômica e fisiopatológica. O tratamento cirúrgico fica condicionado às particularidades de cada caso. Quando o tecido muscular ou aponevrótico permite uma sutura, pratica-se-a aproximando-se os bordos. Ao contrário, quando o espaço herniário é muito grande, outra solução deve ser procurada. A técnica para o caso em questão constituiu no encurtamento da lâmina fibrosa, pela remoção de um retalho elíptico, após o que a lâmina é aproximada por uma sutura em jaquetão.

SUMMARY

The A. presents a congenital lumbar hernia case. In this report considerations of anatomical and physiopathological order are made. The surgical management stays conditioned to peculiarities each case. When muscular or aponeurotic tissue permits, a suture approaches the muscular edge.

An the contrary, when this hernial space is very large, another solution should be searched.

The technic for the case in question consisted of shortening the fibrous layer by removing a elliptical retail, after wich the layer is aproximated by means of a jacket suture.

BIBLIOGRAFIA

- 1) HORSLEY y BIGGER — "Hérnias en las regiones obturadora, lumbar e ciática", pág. 813 — *Cirurgia operatória*. Tomo II.
- 2) FORGUE, E. — "Hérnias Lombares", pág. 600 — *Compêndio de Patologia Externa*. Tomo II. Editora Guanabara, 1937.
- 3) IGARZABAL, J. E. — "Hérnias Lombares", pgg. 2355. *Tratado de patologia Cirúrgica*. Tomo III. Editora Guanabara, 1949.
- 4) KIRSCHNER-NORDMANN — "Hérnia Lombar", pág. 111 — *Tratado de Patologia quirúrgica general y especial*. Editora Labor. — Tomo IV.
- 5) QUERVAIN, F. de, — "Tumores e tumefações da parede abdominal" págs. 408 409 — *Tratado de Diagnóstico Cirúrgico*, 2.ª Edição — Edit. Labor, 1934.
- 6) MIRIZZI, P. L., — "Hérnias parietais excepcionais", págs. 144/5 — *Tumores abdominais*. Tomo I. 1941.
- 7) THOREK, M., "Hérnia Lombar", pág. 1773 — *Técnica Cirúrgica*, Vol. III — Editora Guanabara, 1941.
- 8) TESTUT & JACOB — "Região Costo-Iliáca", págs. 25/34 — *Anatomie Topographique*. Tomo 2 — Edição, 1906.
- 9) NASSER, A., — "Hérnia Lombar", pág. 189-198. "Revista Paulista de Medicina" — Vol. 42, n.º 3, Março de 1953.
- 10) KIRSCHNER, M., — "Técnica Operatória de las Hernias Lumbares", págs. 172/174. *Tratado de Técnica Operatoria General y Especial*. Tomo VI, 3.ª Edição. Ed. Labor.
- 11) LEJARS, F., — "Hernie Lombar", págs. 906/909 — *Chirurgie D'Urgence*. 9.ª Edição, 1936 — Tomo II.
- 12) BISGARDE, J. D. — "Hérnia Lombar", págs. 1315/1316 — *Tratado de Patologia Cirúrgica* (Chistopher). Tomo II — 4.ª Edição, 1947.

Metionina, Colina, Inositol e fração
antitóxica do fígado

BENECRON

ORAL E INJETÁVEL

INSTITUTO TERAPÊUTICO ACTIVUS LTDA.

Rua Pirapitingui, 165 — São Paulo, Brasil.

ALCALINOSE PÓ

ALCALINO - DIGESTIVO - HEPÁTICO - DESINTOXICANTE

*Citrato, Fosfato, Sulfato e Bicarbonato
de Sódio, dessecados e puríssimos.*



Alcalinose suprime a hiperacidez; domina o espasmo gástrico; corrige as digestões lentas. Antes das refeições uma colher das de chá em um pouquinho d'água morna de Alcalinose realiza "em casa" o tratamento hidromineral alcalino-sódico clássico das afecções hepato-biliares.

LABORATÓRIOS ENILA S. A. — RUA RIACHUELO, 242 — C. POSTAL 484 — RIO
FILIAL: RUA MARQUES DE ITÚ, 202 — SÃO PAULO

AÉROCID

SINERGIA OPOTERÁPICA

**Pós de: Paratireóide, supra-renal, hipofise,
fígado, baço.**

AEROFAGIA, AEROGASTRIA, AEROCOLIA.



2 dragéas ao levantar e 2 dragéas ao deitar.

LABORATÓRIOS ENILA S. A. - RUA RIACHUELO, 242 - C. POSTAL, 484 - RIO
FILIAL: RUA MARQUEZ DE ITÚ, 202 - SÃO PAULO

NEUROPLÉGICO

AMPLICTIL

Largactil · 4560 RP - Clorpromazina

POTENCIALIZADOR

DOS ANESTÉSICOS GERAIS, DOS HIPNÓTICOS E
DOS ANALGÉSICOS

SIMPATICOLÍTICO — ESPASMOLÍTICO — VAGOLÍTICO
ANTIEMÉTICO — HIPNÓTICO — SEDATIVO

CIRURGIA — PSIQUIATRIA
GINECOLOGIA — OBSTETRÍCIA
PEDIATRIA
CLÍNICA GERAL

Elemento fundamental para a

HIBERNAÇÃO ARTIFICIAL

Caixas de 5 e de 25 ampolas de 2 cm³ dosadas a 0,050 g
para injeções intravenosas

Caixas de 5 e de 25 ampolas de 5 cm³ dosadas a 0,025 g
para injeções intramusculares

Frasco de 30 comprimidos dosados a 0,025 g



A marca de confiança

RHODIA

Caixa Postal 8095 — São Paulo, SP

Prognatismo y Micrognatia

Dr. JULIO A. OTERMIN AGUIRRE

Jefe de Servicio de Cirugía (Osp. V. López y Plares) — Buenos Aires.

En primer término es necesario ponernos de acuerdo en la terminología a usar ya que la costumbre nos hace repetir los del epigrafe, aunque con gran margen de error.

Entendemos por progenie, tanto superior como inferior, las modificaciones en el plano anteroposterior de ambos maxilares; por pronasia la determinada especialmente en el maxilar superior, hacia adelante y micronasia por el inferior hacia atrás con disminución de todos sus diámetros. En cuanto al término promontonismo, destaca la proyección del mentón hacia adelante y lateromontonismo la desviación en un plano lateral del mismo.

Los casos consignados en la presente comunicación son los dos primeros de promontonismo y el tercero de micronasia.

Estas anomalías tienen corrección ortodóncica, protética y quirúrgica. El primero y segundo tratamiento están decididos por la condición ósea y todas las manifestaciones de orden genético del enfermo. La ecuación clínica del mismo es la que indicará su oportunidad.

El tratamiento ortodóncico se efectuará en base a aparatos de ortopedia funcional, usando placas, arcos, plasno inclinados, etc. que atiendan a sus exigencias y condiciones biomecánicas y el protético en base a aparatos que reemplacen los tejidos perdidos y restauren la oclusión dentaria.

Las fuerzas que operen como estímulo en el tratamiento ortodóncico deben ser suaves y discontinuas, porque las permanentes producen reabsorciones inmediatas y mediatas no convenientes para el logro del éxito final.

Esto dicho, analicemos los procedimientos quirúrgicos. Hulihen, en 1849 intentó una corrección por medios cruentos efectuando una resección parcial del maxilar inferior y Blair, en 1907, reseccó un segmento cuadrangular del mismo hueso, biliateralmente, y con la misma finalidad (Blair I) para después perfeccionar su método practicando la sección de la rama ascendente del maxilar, por vía externa (Blair II).

Desde entonces muchas vías de abordaje, internas y externas; técnicas y procedimientos diversos se han propuesto y practicado. Todos encuadrados en la lógica relativa de los resultados que se logran trabajando con material humano — tienen sus ventajas e inconvenientes.

Nosotros preferimos trabajar sobre la rama ascendente del maxilar practicando osteotomía total y la fijación con aparatos de contención. (Esquema N.º 1) Hensel, en brillante y documentada exposición, puntualizó los tiempos a seguir en base a lo propuesto por Blair y la forma de efectuar la osteotomía, que se practica en un espacio aproximado de 5mm. en medio de los 11mm. a 16 mm. existente entre la escotadura sigmoidea y la spina de Spix. En esta forma no se hieren los vasos ni nervios inferiores (que penetran

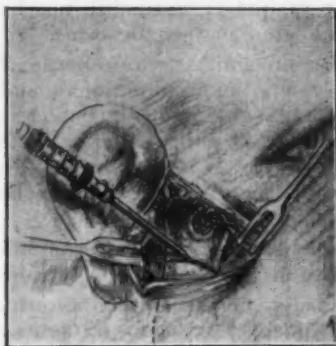


Fig. 1 — Detalle anatómico-quirúrgico que muestra la situación de la línea de fractura (Bilar II-Hensel) y la forma de actuar del impactor.

en su agujero a 5mm. por debajo de la espina), no se penetra en la articulación y los resultados que se obtienen son halaguenos.

Durante la intervención, — la anatomía de la región lo impone — hay que cuidar de no herir la parótida, el facial ni los vasos retromaxilares. La inclinación de la línea de osteotomía esta reglada por los efectos que se deseen obtener y la forma de mordida. A esta técnica nosotros hemos agregado la insición de la piel en la región preauricular siguiendo las líneas de Langer y el trabajar con el impactor, en reemplazo del escoplo o sierra eléctrica o neumática (que empleamos unicamente cuando empleamos la vía intra-bucal de Rosenthal y Kiscner). El escoplo favorece los astillamentos y las sierras son peligrosas en manos quirúrgicamente no muy entrenadas.

Posteriormente a la osteotomía (Blair II-Hensel) y una vez corregida la deformidad (promentonismo o micronasia) que nos

senaló la planimetría practicada, fijamos ambas arcadas con bandas y alambres de ligadura, que dejamos de 20 a 30 días.

Los resultados obtenidos en los dos primeros casos que traemos como ilustración de corrección quirúrgica del prominentismo, obtuvimos los resultados que se demuestran en las clichés fotográficos Nos. 1, 2, 3 y 4.

El tercer caso es sumamente interesante: se trataba de un hombre joven que en su niñez había sufrido un proceso infeccioso a nivel de su articulación temporomaxilar derecha el cual le ofreció, como secuela, una anquilosis, un lateromentonismo, y una micro-



Fig. 2 — Sobremontaje, perfil, pre y post-operatorio. Osteotomía a lo Blair II-Hensel.

nasia por detención de normal desarrollo del maxilar inferior. Como consecuencia de todo ello poseía una mordida incorrecta e imposibilidad de apertura de la boca. Fotografías Nos. 5 y 7.

Manos no inexpertas de cirujanos especializados, le practicaron por tres veces diferentes tipos de osteotomías a nivel de su articulación derecha, no logrando vencer las anormalidades.

Mas aún, tras un intento de mejorar la armonía de las líneas de su rostro, procedieron a colocar un injerto de costella sobre la rama anterior del maxilar inferior, el cual se desplazó. Fotografía N.º 5. En esas condiciones lo intervinimos (con la colaboración del odontólogo Osvaldo Trotta) efectuando, bajo narcosis, una doble osteotomía con impactor (Fotografía N.º 11) a la manera explicada.

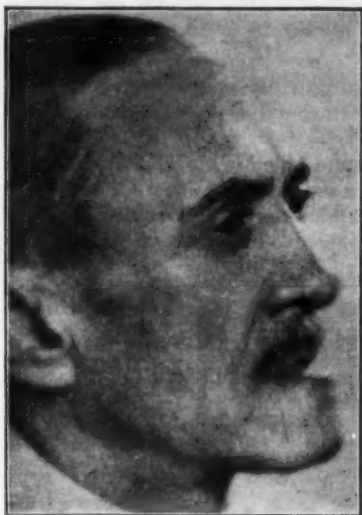


Fig. 3 — $\frac{3}{4}$ perfil, preoperatorio, nótase el prognatismo (promentenismo).



Fig. 4 — $\frac{3}{4}$ perfil postoperatorio, se procedió en la misma forma que en el caso anterior.

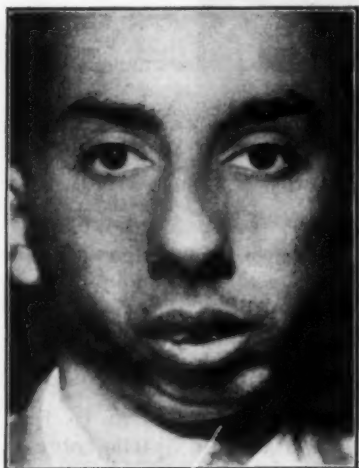


Fig. 5 — Preoperatorio, frente.



Fig. 6 — Frente postoperatorio alejado — (2 años). Reaparece en la corrección lograda desde el punto de vista anatómico.



Fig. 7 — Preoperatorio, perfil.



Fig. 8 — Postoperatorio, perfil. En el mentón se há implantado palletileno.



Fig. 9 — Postoperatorio, cierre.



Fig. 10 — Postoperatorio, apertura.



Fig. 11 — Forma figurada en que trabaja el impactor.



Fig. 12 — Situación en que quedó una de las inclusiones de vitalium.

Un aparato ad-hoc (Darcissac modificado) mantuvo sus arcadas en apertura discontinua, con tracciones suaves.

Corregimos así, evidentemente, su lateromentonismo, parte de la micronasia y obtuvimos buen cierre y apertura pero, a los seis meses, si bien los dos primeros defectos fueron vencidos, no así el cierre y apertura, que disminuyó lentamente, hasta a desaparecer por completo.

Fué entonces que consideramos oportuno interponer, entre los extremos proximal y distal de ambas ramas ascendentes del maxilar inferior, una inclusión. Practicamos, (contando con la colaboración del Profesor de la Facultad de Odontología de Buenos Aires, Dr. Adalberto Rebosio) nueva osteotomía y colocamos sendas chapas de vitalium, en forma angulada, fijadas a la rama distal por intermedio de clavos del mismo material impactados el martillo eléctrico. Así logramos las aperturas que muestran las fotografías Nos. 9, 10 y 12.

No conformes aún con el resultado estetico obtenido, mediante una insición inframentoniana, colocamos polietileno, bajo la forma de Polystan, sin su cubierta, en el mentón, tras la finalidad de modelarlo.

Han pasado ya dos años, a fisiología de la boca aunque disminuida, algo su apertura, se conserva. Las implantaciones de vitalium y polietileno no han actuado como cuerpo extraño y el resultado final obtenido lo consideramos satisfactorio. Fotografías Nos. 6, 8, 9, y 10.

SINTESIS

Practicamos, para corregir los promentonismos, micronasias y lateromentonismos, la osteotomía a lo Blair II — Hensel; utilizamos el impactor eléctrico; y hemos logrado implantar; vitalium entre las secciones de las ramas ascendentes del maxilar inferior, en un caso de intervenciones iterativas y en el mentón, polietileno para corregir sus desarmonías.

SYNTHESIS

We use the osteotomy Blair II — Hensel method for correcting promentonisms, micronasias and lateromentonisms; we use the electric impactor and we succeed to implant vitalium between the sections of the rising ramifications of the inferior maxilla by means of repeated interventions and in the chin polyethylene to correct its irregularities.

SYNTHESE

Wir machen Gebrauch von der Osteotomie, Methode Blair II — Hensel, um Promentonismus, Micronasis und Lateromentonismus zu korrigieren. Wir bedienen uns des elektrischen Impaktors, und es gelingt uns Vitalium zwischen den Sektionen der nach oben fuhrenden Versweigungen des unteren Macillars, durch wiederholte Interventionen, und im Kinn Polietylen einzufuhren, um Unregelmassigkeiten zu korrigieren.

BIBLIOGRAFIA

- ADAMS, W/ M.: *Treatment of condylar fractures of the mandible*. Transaction, 13th. Ann. Meet. American Soc. of Plastic & Reconstructive Surg., New Orleans, La., Oct., 1944.
- BLAIR, V. P.: *The consideration of contour as well as function in operations for organic ankylosis of the mandible*, Internat. J. Orthodontia 16:188, 1930.
- BROWN, J. B., PETERSON, L. CANNON, B., and LISCHER, C.: *Ankylosis of the coronoid process of the mandible (and associated scar limitation of jaw function)*, Plast. & Reconstruct. Surg. 1:277, 1946.
- BROWN, J. B., PETERSON, L., CANNON, B., and MOORE, A. M.: *Facial asymmetry and malocclusion from hyperplasia of the mandible*, (Plast. & Reconstruct. Surg. 1:284, 1946.
- DINGMAN, R. O.: *Surgical correction of developmental deformities of the mandible*, Plast. & Reconstruct. Surg. 3:124, 1948.
- EGGERS, G. W. N.: *Arthroplasty of the temporo-mandibular joint in children with interposition of tantalum foil*, J. Bone & Joint Surg. 28:603, 1946.
- Ankylosis of the mandible*, South. Surgeon 10:1-7, 1941.
- ERICH, J. B.: *Fracture of the facial bones*, Mil Surgeons 88:637-639, 1941.
- PIER JOHN: *Surgery of Repairs*: J. B. Lippincott — Philadelphia 1949.
- Razanjan and Converse: *The Surgical treatment of facial injuries* — Williams & Wilkins, Baltimore, 1949.
- TYLMAN, S. D., and PEYTON, F. A.: *Acrylics and Other Synthetic Resins Used in Dentistry*, Philadelphia: Lippincott, 1946.

A experiência desvendou a sinergia
funcional do grupo vitaminico β .
Reunir seus elementos racionalmente
é forjar arma segura contra os estados
carenciais dêste complexo.



PRODUÇÃO MÉDICA DE SÃO PAULO

Associação Paulista de Medicina

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

Sessão de 20 de novembro de 1953

Presidente: Dr. ITALO DOMINGOS LE VOCI

Localização nervosa da blastomycose sul-americana (revisão da literatura e registro de dois casos). Dr. Gildo Del Negro, F. J. Melo e Albuquerque e Evandro Pimenta de Campos. — Os autores após ressaltarem a importância do conhecimento da localização nervosa da micose de Lutz, fizeram revisão completa dos casos de neuro-paracoccidioidomicose publicados ou comunicados às sociedades científicas, no Brasil e no estrangeiro, computando um total de 15 casos na literatura.

Relataram, em seguida, dois casos próprios, um com confirmação necroscópica, cujo diagnóstico fora apenas suscitado em vida, e outro ainda sob tratamento intensivo pela sulfadiazina, ao qual o paciente está respondendo magnificamente. No pri-

meiro caso, parecia tratar-se de forma nervosa pura (sem lesão aparente em outros órgãos); no segundo, havia lesão olastomocítica confirmada da mucosa da faringe e dos pulmões, com grande possibilidade de coexistência de comprometimento das suprarrenais, e uma síndrome neurológica de hemiparesia esquerda, surgida em plena evolução das lesões referidas, com excelente recuperação pela sulfadiazinoterapia; não foi possível, porém, a confirmação etiológica da lesão nervosa pelo encontro do *Paracoccidioides brasiliensis* no líquido cefalorraquidiano, eventualidade, aliás, muito rara.

Outros autores concluíram pela necessidade de se exaltar o grande valor da sulfamidoterapia nas formas nervosas, suspeitas de etiologia para-

*Acaba de aparecer:***ESTUDOS CIRÚRGICOS**6.^a Série*Pedidos ao autor***DR. EURICO BRANCO RIBEIRO****Caixa Postal, 1574 — São Paulo, Brasil****PREÇO: Cr\$ 200,00**

coccidioidica, reservando a cirurgia para aqueles casos em que o aspecto tumoral é evidente ou em que o caráter evolutivo da lesão exija solução urgente.

Considerações sobre a determinação do volume globular e de sangue circulante pelo fósforo radioativo (P32). *Estudo preliminar.* Drs. Luís V. Decourt, Veronica Rapp de Eston, José A. Laus Filho, Constância Pagano, Tede Eston de Eston e Moacir Cardoso. — Por meio de hemácias marcadas pelo fósforo radioativo (P32) e com modificação da técnica de Hevesy e Zerahn, foram determinados o volume globular, o volume plasmático e o volume sanguíneo total em 12 cardiopatias, sem edema e com capacidade funcional razoável (classe I e II).

O princípio geral do método baseia-se no cálculo da diluição sofrida por uma amostra de sangue do próprio enfermo, incubada com P32 e nele reinjetada posteriormente. Embora, em algumas determinações, certos autores tenham obtido valores praticamente comparáveis, quando da administração de eritrócitos isolados ou de sangue total, a primeira técnica parece mais segura. Assim, neste estudo, foram empregados apenas glóbulos marcados, após a incubação de 12 ml de sangue, por uma hora, com 50 microcuries de fósforo radioativo.

P³², incorporado às hemácias, mantém sua atividade constante pelo menos durante uma hora após a reinjeção nos pacientes, as amostras de sangue destes foram colhidas aos 10, 20 e 30 minutos. Algumas pesquisas introdutórias comprovaram a rápida perda da atividade específica do plasma, com certa variação individual.

Dos 12 casos observados, 6 mostraram todos os volumes inteiramente normais: em média, para o volume globular, 29,56 ml/kg de peso e 961 ml/m² de superfície corporal; para o plasma, 39,14 ml/m². Esses valores curiosamente se confundem (diferenças de menos de 1 ml) com os obtidos por Prentice, Berlin e colaboradores em indivíduos normais. Seis outros doentes mostraram um ou mais dos volumes aumentados: em média para o volume globular, 34,58 ml/kg e 1.212 ml/m²; para o plasma, 53,46 ml/kg e 1.874 ml/m²; para o sangue total, 88,03 ml/kg. e 3.086 ml/m². Neste grupo ficaram incluídos os três únicos pacientes da classe II.

Embora esta investigação preliminar se destinasse mais à obtenção de valores básicos em doentes com capacidade funcional razoável, que à avaliação da importância da própria insuficiência cardíaca, os resultados são presuntivos da possibilidade de um aumento discreto dos volumes, mesmo naqueles casos.

Sessão em 21 de dezembro de 1953

Presidente: DR. ITALO DOMINGOS LE VOCI

Poliarterite nodosa. Considerações sobre o diagnóstico e o tratamento com a cortisona (*estudo de dois casos*). Drs. Clovis Bühler Vieira, Bernardo Léo Wajchenberg, Antonio Miksian, Enide L. Nascimento e Jairo Cavaleiro Dias. — Os autores estudaram 2 casos de poliarterite nodosa, diagnosticados em vida e tratados com cortisona. Discutiram o diagnóstico clínico e o tratamento hormonal (ACTH e cortisona). Chamaram a atenção para a possibilidade do diagnóstico ante-mortem (polimorfismo clínico, valor dos biópsias repetidas) e diversidade de resultados com o em-

prgo desses hormônios. Lembraram, na interpretação dos resultados, os conceitos de Zeek relativos às "angiites necrotizantes", das quais poliarterite nodosa seria uma das formas.

Icterícia do tipo obstrutivo no lactente: diagnóstico diferencial baseado em algumas provas de laboratório. Drs. Fauze C. Adde, Guilherme Mattar, Primo Curti, Antranik Manissadjian e Oswaldo Riedel de Souza e Silva. — Os autores fizeram o estudo crítico das provas laboratoriais mais comumente utilizadas no diagnóstico diferencial das icterícias do tipo obs-

Um produto ETACH

NA PROFILAXIA E NO TRATAMENTO
DAS CARENCIAS MÚLTIPLAS

VI-GLOBEOL

VITAMINAS — MINERAIS — AMINO-ÁCIDOS — IÓDO

Proporciona ao paciente cooperação irrestrita
para qualquer orientação dietética.

INDICAÇÕES: No tratamento das carências múltiplas vitamínicas e minerais, na infância, na adolescência, na gravidez, na lactação e na geriatria.

APRESENTAÇÃO: Granulados coloridos de agradável sabor, com elementos nutritivos regeneradores e plásticos. Eleva o padrão nutritivo recuperando o carenciado, o anêmico e o astênico.

Cada colher de sobremesa contém:

Grupo vitaminas (verde)

Vitamina A	10.000 U.I.
Vitamina D ₂	1.000 U.I.
Vitamina B ₁ (cloridrato de tiamina)	0,003 g
Vitamina PP	0,024 g
Vitamina C (ácido ascór- bico)	0,090 g

Grupo minerais (rosa)

Fosfato tricálcico	0,30 g
Fosfato disódico	0,06 g
Fosfato monopotássico	0,03 g

Lactato manganês	0,006 g
Sulfato de cobre	0,0012 g
Sulfato de zinco	0,006 g
Sulfato ferroso, U.S.P.	0,006 g

Grupo amino-ácidos (branco)

Triptofano	0,003 g
Histidina	0,0015 g
Lisina	0,0015 g
Cloridrato de colina	0,030 g

Combinação iodotônica (marrom)

Iodeto de potássio	0,00414 g
--------------------------	-----------

LABORATÓRIO FARMABRAZ

Antônio J. Ferreira & Cia.

Rua Santos Rodrigues, 263 — Rio de Janeiro

trutivo no lactente, baseando-se em 24 casos, assim distribuídos: atresia biliar, 8; bile espessa devido a eritroblastose, 3; bile espessa de causa desconhecida, 3; hepatite e cirrose, 8; septicemia, 2 casos.

A evolução da bilirrubina sérica, em determinações sucessivas, mostrou-se de grande valor na diferenciação diagnóstica. Nas atresias, uma tendência à elevação progressiva foi verificada, enquanto que nos demais grupos ocorreu queda lenta ou brusca, porém progressiva. Os valores mais elevados da fosfatase foram observados, com maior frequência, no grupo das atresias biliares. As provas de função hepática foram de valor limitado no diagnóstico diferencial, em virtude do baixo teor de globulina próprio do lactente poder retardar a positividade das provas de flocculação, mesmo em presença de lesão hepática extensa. A proteinemia pouco contribuiu para o diagnóstico. O urobilinogênio persistentemente negativo na urina aponta o diagnóstico

de atresia biliar; nos demais grupos a ausência transitória pode ocorrer, como, por exemplo, nas fases graves da hepatite, nos estádios de obstrução completa da bile espessa e em crianças com trânsito intestinal muito acelerado.

Os autores chamaram a atenção para a necessidade de um período suficiente de observação e estudo para se chegar a um diagnóstico de maior probabilidade, antes que uma medida cirúrgica seja adotada. Uma operação realizada após período insuficiente de observação pode acarretar aumento da mortalidade naqueles casos de solução exclusivamente clínica, em que estudo mais prolongado mostra evolução espontânea para cura. Se, ao fim de um período adequado de observação, a bilirrubinemia mostrar tendência progressivamente crescente, com bile persistentemente ausente nas fezes e urobilinogênio consistentemente na urina, uma intervenção cirúrgica está indicada.

DEPARTAMENTO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA

Sessão em 9 de novembro de 1953

Presidente: DR. GASTÃO ROSENFELD

No expediente foi recebida uma solicitação do Dr. Vicente Amato Neto para correção de um engano relativo aos nomes dos autores de um trabalho apresentado na sessão de março do corrente ano. É o seguinte o título do trabalho: *Incidência da doença de Chagas entre candidatos a doadores de um banco de sangue de São Paulo. Inquérito sorológico*, sendo seus autores os Drs Camilo de S. P. Passalacqua, Isaías Zatz, Antonio Damasco e Vicente Amato Neto.

Aplasia medular produzida por T.E.M. Drs. Marcello Pio da Silva, Mario Ritter e Antonio Gebara. — Os autores apresentaram um caso de linfossarcomatose leucêmica com lesões cutâneas, esplenomegalia e invasão da medula óssea e sangue periférico por células linfossarcomatosas. O tratamento com T.E.M. produziu bom

efeito sobre a moléstia, mas levou o paciente à aplasia medular. Houve, porém, em pouco tempo, intensa reação da medula, chegando a valores normais. Nova aplicação de T.E.M. produziu, de novo, pancitopenia, que já está em franca regressão.

Aspectos clínicos e hematológicos observados em 46 casos de moléstia de Hodgkin. Drs. Domingos M. Cillo Norma Wölner. — Foi realizada a análise dos dados clínicos e hematológicos de 46 casos de moléstia de Hodgkin do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, tendo sido utilizado material de arquivo da 1.ª Clínica Médica (Prof. A. B. Ulhoa Cintra), Terapêutica Clínica (Prof. Cantídio de Moura Campos) e Clínica de Moléstias Tropicais e Infectuosas (Prof. João Alves Meira).

Foram verificados os seguintes fatos: 1) Predominância de incidência no sexo masculino (37/9). 2) Maior incidência até os 40 anos de idade, tendo ocorrido 43 casos antes dessa idade. A incidência nos grupos: 0-10, 10-20, 20-30 e 30-40 anos foi aproximadamente igual. Deve-se notar a ocorrência de 11 casos no grupo 0-10 anos, sendo 4 antes dos 5 anos. 3) Treze pacientes faleceram no Hospital, 6 deles dentro do primeiro ano de doença; entre esses, um com evolução aguda (47 dias); um caso apresentou evolução muito longa (17 anos). 4) o exame objetivo dos doentes revelou, em todos, a presença de adenopatia superficial, predominando micropoliadenia, sendo de aparecimento mais precoce os cervicais. O enfartamento ganglionar do mediastino foi demonstrado radiologicamente em 41,5% dos casos, e a adenopatia abdominal foi clinicamente demonstrada em 21,7%. O baço foi palpado em 29 casos, mais freqüentemente a 2 dedos abaixo da arcada costal; o fígado foi palpado em 29 casos, mais freqüentemente a 3 dedos abaixo da arcada costal. 5) Quarenta pacientes apresentaram febre, devendo-se salientar, em 7, curva térmica elevada e constante e, em outros 4, curva térmica ondulante (tipo Pel Ebstein). 6) Em relação ao quadro hematológico que os pacientes apresentaram por ocasião da internação, verificou-se o seguinte: leucopenia em 10 casos; número normal de leucócitos (entre 5.000 e 10.000 por mm³) em 23 e leucocitose em 13. Na contagem diferencial os achados, por ordem de freqüência, foram os seguintes: desvio nuclear para a esquerda nos neutrófilos, neutrofilia e eosinofilia. Na contagem absoluta a linfopenia foi mais freqüente (54%) e em seguida a eosinofilia (41%). 7) Chamou-nos

a atenção particularmente um grupo de casos (8), com quadro clínico mais grave, decurso febril nítido (3 casos com Pel Ebstein estão incluídos neste grupo), adenopatia superficial pouco acentuada, embora mais generalizada, esplenomegalia acentuada em 5 casos, quadro hematológico periférico de éritroleuco-plaquetopenia; 4 destes pacientes apresentavam medula óssea nitidamente hipocelular, tendo sido notada a presença de células reticulares atípicas com nucléolos gigantes em um dos casos; 2 outros pacientes apresentavam medula óssea normocelular, com anaplasia granulocítica. Em 4 dos 6 casos nos quais se fez mielograma, a eosinofilia esteve presente. 8) Oito casos apresentaram icterícia, discreta em 3, mais acentuada nos outros (neste grupo estão incluídos 3 casos Pel Ebstein). A icterícia, não de tipo hemolítico, acompanhada de hiperbilirrubinemia direta predominante, bilirrubinúria e urobilinogenúria aumentada, é indicio de comprometimento hepático. Nos 3 casos que foram submetidos a necropsia, embora os 2 glânglios junto ao hilo hepático estivessem aumentados de volume, as vias biliares extra-hepáticas estavam permeáveis, ao passo que o fígado se mostrou invadido pelo processo.

Transusão de plaquetas. Drs. Marcello Pio da Silva e Luiz Gonzaga Murat. — O autor apresentou a sistematização dos exames microbiológicos e usou a técnica das múltiplas seringas siliconizadas, com o fito de preservar as plaquetas. Num paciente de mielose aplásica com grave síndrome hemorrágica devida a plaquetopenia crítica, essas transfusões trouxeram grande benefício, produzindo acentuada melhora dos fenômenos hemorrágicos e elevação de plaquetas acima dos níveis críticos.

DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA

Sessão em 16 de novembro de 1953

Presidente: DR. JOSÉ ROBERTO CARNEIRO NOVAES

Sistematização dos exames microbiológicos e imunológicos: 1) Hemocultura; 2) Provas de laboratórios

empregadas no diagnóstico da brucelose. Prof. Carlos da Silva Lacaz (contribuição do Departamento de

Microbiologia da Faculdade de Medicina e do Instituto Adolfo Lutz). — O autor apresentou a sistematização dos exames microbiológicos e imunológicos, segundo o padrão adotado no

Departamento de Microbiologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, o qual consta em apostila mimeografada, que pode ser obtida nesse Serviço.

DEPARTAMENTO DE PROCTOLOGIA

Sessão em 19 de agosto de 1953

Presidente: Dr. ADALBERTO LEITE FERRAZ

Prolapso e procidência no adulto. Prof. Mário Degni. — Inicialmente, o autor fez considerações sobre a etiopatogenia do prolapso e procidência, discorrendo sobre os meios de sustentação, fixação e suspensão do reto. Em seguida, teceu considerações sobre as diversas técnicas propostas para a cura da procidência, defendendo a originalidade de sua técnica de reto-sigmóide-plexia promonto-sacral. Inicialmente, usara uma fileira de pontos fixando a retossigmóide ao promontório e face côncava do sacro; posteriormente, passou a usar dupla fileira com pontos separados de fio de algodão, passados em sentido transversal no intestino e longitudinal no sacro, a fim de evitar neste ponto a lesão do plexo hipogástrico. Os pontos passados no sacro devem ser profundos, interessando o periosteio, para melhor fixação. Apresentou na casuística, casos do grupo Mario Degni, Plínio Brasil Filho e Saulo de Moura Costa. Relatou 2 casos de recidiva, um em mulher com mais de 70 anos de idade e que apresentava também prolapso genital, corrigido conforme sua indicação; esta paciente ficou bem durante um ano, mas, em seguida a uma queda, apresentou recidiva; foi novamente operada, estando clinicamente curada. Outro caso de recidiva foi atribuído a descuido na técnica, não tendo sido feitos os pontos no sacro profundamente, mas apenas na camada peritoneal. O autor lembrou que esta é a maior estatística baseada em um processo cujos resultados são os mais encorajadores. Em um grupo de pacientes com doenças mentais foi usada sua técnica com os melhores resultados, o que vem confirmar a excelência do método, pois

é sabido que este tipo de material é o menos favorável possível, sujeito a permanentes distúrbios intestinais.

Prolapso do reto na criança. Dr. Aloysio Ferreira Camargo. — O autor inicialmente se referiu às condições anatómicas da criança, que predis põem ao prolapso do reto, tais como: a debilidade do assoalho pélvico provocada pela falta de curvatura sacrococcícea, menor desenvolvimento do tecido adiposo da região e finalmente a situação retilínea do reto. Referiu-se, a seguir às intercorrências de ordem nutritiva, constipação intestinal e síndromes desinteriformes, como fatores importantes na etiopatogenia da afecção. Citou uma estatística de 49 casos observados no Serviço de Cirurgia Infantil da Casa Maternal e da Infância "Leonor Mendes de Barros", em 33 dos quais a incidência de protozoários e parasitas intestinais foi a causa do prolapso. Em todos os casos, além do tratamento geral e intestinal, foi feita redução do prolapso com recomendação para que a exonerção intestinal fosse feita em decúbito ou em posição ortostática. Com esse procedimento foram raros os casos em que houve necessidade de contenção com esparadrapo, tendo todos eles evoluído muito bem.

Comentador: Dr. Adalberto Leite Ferraz. — O tratamento do prolapso e da procidência do reto varia na criança e no adulto. Naquela os meios de sustentação, de suspensão e de fixação do reto são mais débeis do que no adulto, explicando-se assim a maior freqüência do aparecimento do prolapso nessa idade, o qual ainda poderia ser causado por fatores ou-

**RECALCIFICANTE
REMINERALIZANTE**

**CRESCIMENTO
AMAMENTAÇÃO
FRATURAS**

CALCIO DENILA

**PÓ
COMPRIMIDOS**



COMPRIMIDOS
Fosfato tricalcico.... 0,40 g.
Protoxalato de ferro... 0,10 g.
Calciferol (Vit. D2)
500 U. I..... 0,0125 mg.
Excipiente q. s. p. um comprimido

PÓ

Fosfato tricalcico..... 40 g.
Protoxalato de ferro.... 10 g.
Calciferol (Vit. D2)
50.000 U. I. 1,25 mg.
Excipiente q.s.p..... 60 g.

**CALCIO, VIT. D. 2
FÓSFORO, FERRO**



LABORATÓRIOS ENILA S. A. • RUA RIACHUELO, 242 • FONE 32-0770 • RIO

Filial: Rua Marquês de Itú, 202 — São Paulo

tros, ditos predisponentes e adjuvantes (alterações locais, doenças consumptivas, hábitos de defecação em posição inadequada, os esforços anormais, o aumento da pressão intra-abdominal e os processos inflamatórios locais, etc.). Nessa idade, a melhor orientação terapêutica seria o tratamento clínico, tônico, reconstituente e de recuperação nos casos de verminoses e demais moléstias consumptivas. Neste particular deve-se assinalar também a importância do tratamento local pelas injeções de leite, método preconizado por Shetter e Laneback e divulgado por Jorge e Greco, na Argentina, e por Sílvia Dávila e J. Peroba, entre nós. Nossa experiência em 20 casos assim tratados permite concluir que o método apresenta resultados satisfatórios, pois observamos resultados ótimos em 19 casos, tendo havido somente um caso de insucesso terapêutico. Ainda devemos lembrar que certas escolas proctológicas opinam por uma expectativa, com observação periódica do paciente, em vista da grande percentagem de curas espontâneas observadas nessa idade.

Quanto ao tratamento dessa afecção no adulto, a terapêutica de escolha é a cirúrgica. De modo geral a orientação melhor seria a seguinte: 1) Nos prolapso pequenos ou médios, geralmente coincidindo com a existência de hemorroidas, o tratamento, de preferência, deverá ser o preconizado por Slamon-Allighan para as hemorroidectomias, fazendo-se, na mesma oportunidade, a ressecção do prolapso. Entretanto, no caso de haver prolapso completo da mucosa, ou seja, em casos mais evoluídos, lançamos mão da técnica proposta por White-Head, completada por incisões na pele circunjacente ao orifício anal.

2) Nas procidências julgamos que a melhor orientação cirúrgica seria a da utilização dos processos de colopexia, dos quais destacamos, por experiência, o proposto por Quenu e Duval, cujo fundamento técnico se resume na fixação do cólon ao grande psoas e ao tendão do pequeno psoas, após a redução da procidência, abrindo-se o peritônio por uma incisão paratela ao estreito superior. Devemos assinalar ainda que, na mulher, o cólon pélvico é suturado na base do ligamento largo, na face posterior da abóbada vaginal e na face posterior do ligamento esquerdo, até o estreito superior. No homem, o cólon deve ser fixado à face posterior da bexiga, ao peritônio pélvico esquerdo e ao peritônio ilíaco. Tivemos a oportunidade de utilizar essa técnica em 8 casos, com ótimos resultados, apesar de se tratar de pessoas de idade avançada. Devemos citar ainda o processo preconizado por Mário Degni: embora não tenhamos experiência com sua utilização, devemos reconhecer que se trata de método interessantíssimo e de grande alcance prático, além de ter fundamento técnico dos mais precisos, com resultados brilhantes divulgados por vários autores. Julgamos mesmo que a promontofixação proposta por Degni se poderá constituir num processo de escolha para o tratamento da procidência do reto. Ainda em nosso meio, têm sido de grande valor os estudos feitos por Alípio Correia Neto sobre o conceito atual da acalásia do esfíncter pélvico e conseqüente aplicação da ressecção do esfíncter mencionado, com a remoção da procidência; o mesmo autor preconiza essa ressecção, completada com a técnica de Moshcowicz, porque concomitantemente à procidência haveria uma hérnia perineal.

Sessão em 6 de outubro de 1953

Presidente: DR. ADALBERTO LEITE FERRAZ

Método fisioterápicos em lesões neuro-músculo-esqueléticas ligadas à proctologia. Dr. Roberto Taliberti — Intimamente à proctologia está ligada a incontinência fecal nos casos de

paraplegia por secção transversa de medula (mielites); nestes casos os esfíncteres anais e os músculos glúteos desligam-se do controle central. Não havendo sensibilidade retal deve ser



LABORATÓRIOS SILVA ARAUJO - ROUSSEL S. A.

RIO DE JANEIRO

São Paulo — Rua Bitencourt Rodrigues, 180 — Caixa Postal, 439



evitada a retenção fecal, o que se consegue pela regularização da evacuação, que se deve processar uma vez por dia e na mesma hora. O doente deve habituar-se a ir ao banheiro na mesma hora, todos os dias pela manhã, e concentrar-se na evacuação, fazendo movimentos de massagem no abdome como coadjuvante. Se o paciente possuir hábito de evacuar com enemas, supositórios ou laxativos suaves, ele deve regular sua administração. Nunca deve ser regulada a evacuação em períodos maiores do que 48 horas. Entre as condições mórbidas sem lesões proctológicas, destaca-se a coccigodínia, mais comum nas mulheres e geralmente traumática. A coccigodínia predomina no sexo feminino porque o sacro é mais curto, mais largo e mais inclinado para a frente, as tuberosidades isquiáticas são mais afastadas e o cóccix é mais móvel. A dor agrava-se ao sentar demoradamente e ao levantar-se, devido às contrações dos músculos elevador do ânus e fibras glúteas internas, com trações constantes do cóccix, distendendo a articulação sacrococcígea. O tratamento consiste na manipulação do cóccix por via retal com massagem interna, no sentar erecto e contraindo os glúteos, banhos quentes, calor seco, raios infravermelhos, ondas curtas e ionização.

Rontgenterapia em proctologia. Drs. Aloysio L. Barreto, Nelson de Carvalho e A. Costa Pinto. — Sob a designação "câncer do reto e ânus", os autores distinguem duas lesões diferentes: o tipo tumor mais frequentemente encontrado é o adenocarcinoma, o câncer típico do tubo digestivo; o outro é o epidermóide localizado no canal anal, usualmente propagando-se para o anel anal, onde se torna visível. Há certa confusão na literatura no tocante aos limites anatómicos do canal anal. Os autores adotam a definição de Rosser, que considera como canal anal a porção inferior do reto; coincide com a porção perineal da nomenclatura anatómica e estende-se da flexura perineal do reto ao ânus. Do ponto de vista terapêutico, os autores usaram a terminologia de carcinoma do reto para o adenocarcinoma, e carcinoma

do ânus para o epidermóide. Do ponto de vista da orientação terapêutica, esses dois tipos de carcinoma constituem distintos problemas: o primeiro é relativamente rádio-resistente; radiologicamente, a cura é rara e possível somente em lesões de pequenas dimensões. O carcinoma do ânus responde à irradiação como os tumores epidermóides localizados em qualquer outro lugar, isto é, apresenta rádio-sensibilidade limitada, mas é curável por uma medicação bem orientada, desde que apresente tamanho razoável. De maneira geral, o tratamento de escolha no carcinoma do reto é a cirurgia e no carcinoma do ânus é a implantação de radium.

Ação anti-inflamatória da radioterapia nos abscessos fêbicos da margem do ânus. Drs. Aloysio L. Barreto, Nelson de Carvalho e A. Costa Pinto. — Nos abscessos fêbicos da margem do ânus, fazendo-se precocemente a radioterapia obtém-se a resolução do processo inflamatório, com sua reabsorção. Se, no entanto, a radioterapia for praticada mais tardiamente, quando já houver coleção purulenta, a abscedação fatalmente evoluirá. Apesar disto, deve-se prosseguir no tratamento para abreviar o tempo de evolução, apressando a cura. Como em todo processo agudo, em geral, após a primeira aplicação, o paciente sente uma exacerbação passageira da dor, que cede após algumas horas. Os autores trataram depois da ação da radioterapia como coadjuvante à cirurgia dos cistos pilosos sacrococcígeos. Existem várias teorias que procuram explicar a origem destes cistos, mas, qualquer que ela seja, devem eles ser tratados pela cirurgia. Todavia, 50% dos casos aparentemente extirpados completamente, recidivam com as mesmas características dos extirpados. A observação da permanência constante de folículos pilosos e de infecção secundária, levou alguns cirurgiões a recorrerem à radioterapia com a finalidade de conseguirem depilação e, ao mesmo tempo, combater a infecção. A irradiação deve ser praticada o mais cedo possível após a operação. Os autores observaram apenas 8 casos e julgaram insuficiente esse material para permitir conclu-

PENICIER

Penicier sendo uma associação de **Penicilina G Potássica, Sulfadiazina, Sulfamerazina e Sulfametazina** é melhor tolerado e produz resultados superiores àqueles obtidos com estas mesmas substâncias quando ministradas separadamente, assertiva está comprovada por grande número de observações já publicadas na literatura médica.

Penicier, pela facilidade na sua administração e largo âmbito de indicação terapêutica, deve ter uma receptividade preferencial na clínica de crianças. Corroborando esta afirmativa, destacam-se as surpreendentes observações de VOLLMER e colab. (Vollmer, H. Pomerance, H. H., Brand, I. L., New York State Journ. Med. 50: 2293. Out. 1950 com a terapia *Penicilina-Sulfamidas* por via oral em crianças portadoras de pneumonia e outras com amíalite, otite média e escarlatina em que os resultados foram positivos na quasi totalidade dos casos.

Recentemente, estudos e observações feitos na marinha dos Estados Unidos (U. S. Arm. Forces "Med. Journ.", 3: 973, 52) sobre o emprego da penicilina por via oral na blenorragia, revela-se que os resultados foram magníficos na maior dos casos tratados. Por outro lado, é certo que se obtém resultados ainda mais positivos quando se associa as sulfamidas à penicilina.

Nos casos onde o diagnóstico bacteriológico ainda não está estabelecido ou em infecções mistas, a terapia combinada aumenta a probabilidade de êxito porque os agentes infecciosos são atacados na sua totalidade. Pelo exposto verifica-se que **Penicil** é indicado em todos os casos de infecções suscetíveis à ação da penicilina e das sulfamidas.

FÓRMULA POR COMPRIMIDO:

	ADULTO	INFANTIL
Penicilina G Potássica	200.000 U	100.000 U
Sulfadiazina	0,18 g	0,09 g
Sulfamerazina	0,18 g	0,09 g
Sulfametazina	0,18 g	0,09 g

INDICAÇÕES :

Nos casos em que são indicadas a penicilina e as sulfamidas, como: infecções pneumocócicas, estafilocócicas, infecções pelo estreptococo hemolítico: erisipela, escarlatina, amidalite, mastodite, otite, etc. Coadjuvante no tratamento da meningite produzida por coto. Na cirurgia e extrações dentárias.

POSOLOGIA (Adulto e Infantil):

1 Comprimido de 4 em 4 horas, conforme os casos e a critério médico.

APRESENTAÇÃO { *Adulto*: Vidros com 10 e 100 comprimidos.
 Infantil: Vidros com 10 e 100 comprimidos.

LABORATÓRIO XAVIER

JOÃO GOMES XAVIER & CIA. LTDA.

Rua Tamandaré, 553 — Rua Tamandaré, 984 — Caixa Postal 3 331 — São Paulo

Consultores científicos: { Prof. Dr. GENÉRIO PACHECO
Prof. Dr. DORIVAL DA FONSECA RIBEIRO

Depósitos..... { Rio de Janeiro — Rua Mayrink Veiga, 11-0.º andar.
Pôrto Alegre — Rua 7 de Setembro, 709-1.º andar.
Belo Horizonte — Rua Góttacazes, 61.
Curitiba — Rua Lourenço Pinto, 84.
Recife — Rua da Concórdia, 143-1.º andar.
Uberlândia — Avela Cesário Alvim.
Representante nos demais Estados.

sões categóricas, mas todos já tinham sido operados pelo menos uma vez e ficaram livres dos cistos após a irradiação. Quanto ao prurido anal, os autores emprestam à radioterapia um valor de cura sintomática. Assim, recomendam excluir todas as formas secundárias, empregando-as apenas nas formas ditas essenciais. O mecanismo de ação é ainda obscuro. As suposições mais aceitas são de que a irradiação atua sobre o processo inflamatório das fibrilas sensitivas, inibindo a proleferação das células que as comprimem e irritam; que a irradiação, possuindo ação anti-histamínica local, atua como dessensibilizante alérgico; que a irradiação, fazendo baixar o pH, modifica o estado local no sentido da acidez, favorecendo a dessensibilização das fibrilas sensoriais. Os autores apresentaram a seguinte casuística: casos tratados 109; controlados, 85. Resultados: favoráveis, 67, casos (78,8%); negativos, 18 casos (21,2%); recidivas, 22 casos (32,8%). Em relação a novo tratamento, os resultados foram favoráveis em 17 casos e negativos em 7.

Comentador: Dr. Raul Ribeiro da Silva.

Vejamos inicialmente quais são as indicações que nos têm parecido certas ou razoáveis a propósito de cada agente físico, fazendo-o mais como prático do que como técnico.

Alta frequência. Começemos pela transternia, que tem efeito sedativo ou revulsivo, conforme a intensidade da corrente e a duração de aplicação, podendo ser realizada com ondas longas e curtas. As primeiras abandonamo-las completamente, seja por sua fraca penetração, seja por só comportarem eletrodos metálicos que, se não bem adaptados, poderão ser causa de queimaduras, seja pelo fato de as ondas curtas substituírem as longas em todas as indicações, sem riscos e com a vantagem de maior penetração. As ondas curtas são aplicadas, quase que indiferentemente, por meio das placas estanhadas revestidas de catgut, pelos eletrodos de Schliepake ou por meio das espirais indutotérmicas. Têm indicação nas neuralgias anoretais, nas criptopapilites sub-agudas

(inúteis nas crônicas; mais antibióticos, nas agudas), na trombose hemorroidária e na coccigodínia. Nestes casos aplica-se o eletrodo menor no local doente e o maior na região ventral, de tal maneira que o fluxo diatérmico, saltando de um para o outro, atinge com justeza a zona visada. No caso da indutotermia, é óbvio o modo de dispor-se a placa espiralada. As aplicações serão de 20 a 30 minutos, calor suportável ou moderado, as primeiras em dias seguidos, e as demais cada 2 dias.

Dilatações diatérmicas podem ser tentadas em casos de: a) retite estenosante linfogranulomatosa, como recurso auxiliar, desde que a estenose seja baixa e a doença se apresente em fase de regressão ou não haja indícios de fenômenos inflamatórios agudos; nos estreitamentos do canal anal por b) pectenose e c) retrações cicatriciais. Aqui as velas de Hegar servirão de ótimo eletrodo dilatador, usadas em calibres lentamente progressivos, em sessões subsequentes. Nestes três casos, o eletrodo anal vai conectado diretamente a um dos polos do aparelho (sempre ondas curtas); do outro polo tiram-se dois cabos, ligando-os a duas daquelas placas de catgut, iguais, de tamanho médio, que vão aplicadas uma oposta à outra, seja em ambas as regiões trocaterianas, seja sobre o sacro e no supra-púbis. Aplicação de 20 minutos em dias alternados, calor suportável na vela de Hegar.

Efluviacão e fulguração. — São modalidades de alta frequência. Os eletrodos cônicos de vidro, tipo McIntyre, são os únicos que usamos na prática da efluviacão, que tem apreciável efeito analgésico e antispasmódico. Sua indicação principal está na fissura em estágio inicial, desde que o paciente tolere a introdução do eletrodo, por vezes muito penosa. As grandes fissuras, com o esfíncter a descoberto, competem a cirurgia. Nos bons casos, as melhoras aparecem depois de cinco ou seis tratamentos e a cicatrização da lesão vem de 10 a 15 dias. A intensidade da corrente se medirá pela sensação de picada ou mordicação que provoca. As aplicações serão de 15 a 20 minutos, as pri-



anobesina

Anobesina

(cycloexil - 2 dinitro - 4,6 fenato de sódio)

O TRATAMENTO QUÍMICO DA **OBESIDADE**, MODERNO E RACIONAL

A **ANOBESINA** é um produto químico orgânico, preparado por síntese completa no nosso Laboratório. Sob o ponto de vista químico, é semelhante ao dinitrofenol-alfa-1,2,4, do qual porém diferencia-se pela presença a mais de um grupo cicloexílico. É justamente este grupo que torna a **ANOBESINA** bem menos tóxica que o dinitrofenol comum.

- **Ativa** as combustões celulares.
- **Cura** os retardamentos da nutrição.
- **Eleva** o metabolismo basal.
- **Resolve** o problema do tratamento da Obesidade.

Empregando a **ANOBESINA** em doses normais, o obeso adulto perde um quilo por semana, sem dietas depauperantes e perigosas.

•
Cada comprimido corresponde à dose diária ativa para 20 quilos de peso do obeso.

A fraca toxidez da Anobesina elimina em partes, os perigos, demasiadamente conhecidos, observados com o emprego do dinitrofenol-alfa comum.

•
AMOSTRAS À DISPOSIÇÃO DOS SRS. MÉDICOS

•
DEPARTAMENTO DE PROPAGANDA

LABORATÓRIO PAULISTA DE BIOLOGIA S. A.

RUA SÃO LUIZ, 161 - Fone 35-3141 - Caixa Postal, 8.086 - End. Teleg. "BIOLÓGICO"

meiras diariamente, as demais em dias alternados. É aconselhável lubrificar-se o eletrodo com uma pasta analgésica e antisséptica, em lugar de vaselina simples.

No ânus spasticus e na pectenose os eletrodos serão ainda cônicos, mas de calibre progressivo e as aplicações, de 20 minutos, cada 2 dias. Julgamos inútil a fulguração por meio dos eletrodos de Oudin, às vezes preconizada no tratamento do condiloma acuminado, dos papilomas e pequenos polipos, pois para isso contamos com melhor recurso: o da destruição por diatermo-coagulação.

Gálvano-ionização. — Realiza, como se sabe, a impregnação dos tecidos orgânicos por certos medicamentos, levados que sejam seus radicais de eletividade terapêutica, pelo mecanismo da eletrólise, às vizinhanças de uma lesão, aí atuam por absorção lenta, e nisso está o principal *modus agendi* da ionização. Efeito salutar é ainda atribuído à própria corrente galvânica em si, explicado por questão de deslocação iônica tissular. Noção importante em ionização é não equivocar-se o prático quanto ao valor positivo ou negativo do eletrodo que conterá a droga eletrolítica. Neste sentido, há leis simples estabelecidas em físico-química. Mas, se a elas não quiser reportar-se, basta que se tenha de cor a polarização das poucas substâncias que se usam em proctologia.

São duas as boas indicações da gálvano-ionização: a) neuralgias anais (assim entendidas as algias não ligadas a lesões locais aparentes), passíveis de tratamento com o salicilato de sódio, que aqui se usa em solução a 2%, na placa negativa, já que o íon salicílico, que se quer aproveitar, é levado para o polo positivo; b) prurido anal, tratável com o cloridrato de histamina, usado em solução a 1/5.000, mais ou menos, no polo positivo, porque o íon histamínico é atraído pelo negativo. Temos notícias, mas nenhuma experiência, da ionização iodada na cura das fibrosas cicatrizes, onde se empregará o iodeto de sódio a 2%, no polo negativo, visto ser o iodo arrastado para o polo positivo.

Quanto à técnica da aplicação, deve atentar-se a que as placas sejam bem isoladas da pele, por coxins de algodão de 5 a 10 mm de espessura, embebido em soluto medicamentoso e o outro, de água destilada; sem essa proteção cuidadosa, poderão ocorrer queimaduras. As aplicações serão de 10 a 15 minutos, em dias alternados. Não usamos a galvanização simples, tida como indicada nas neuralgias, por exemplo, porque a ionização medicamentosa nos parece racional, por apresentar dois fatores úteis à cura.

Rontgenterapia. — Caracteres, propriedades e manêjo dêste precioso agente de cura são da alçada do especialista. Vejamos apenas as indicações que nos parecem mais importantes no campo da proctologia. As mais elementares são as lesões dermatológicas da margem anal: eczema (especialmente a forma úmida, que os raios X são recurso obrigatório), eritemas, piodermites e micoses. Nos abscessos, a radioterapia atua em dois sentidos opostos, ambos favoráveis: abortando a infecção ou acelerando a fase abscedante, enquanto restringe ao mesmo tempo a extensão da flegmasia. Se ocorre o segundo caso, sua ação é mais pronta que no primeiro, por vezes até espetacular. Defrontamos abscessos que indicavam evolução demorada, penosa e que, em 24 horas, após uma só aplicação de raios X, apresentavam franca futilização, podendo ser facilmente debridados. Isso, além de benéfico, é até econômico para o doente. Portanto, quase sempre haverá vantagem em se mandarem os casos de abscesso ao radioterapeuta.

No adenocarcinoma o assunto é para nós pacífico. As neoplasias malignas da linha cilíndrica são insensíveis aos raios X ou, quando muito, por êles sujeitas a momentânea acalmia que, aliás, pode ser seguida de brusca recrudescência; embora respeitando esforços e artifícios com que ainda se insiste nesta indicação de tratamento, porque na luta universal contra o câncer tôdas as tentativas são louváveis — achamos que aí o lugar deve ser dado de vez à cirurgia que, intervindo sem perda de tempo, pode lograr grandes êxitos. Já os tu-

mores do tecido conjuntivo são radio-sensíveis e como tais devem ser tratados pelo agente em aprêço. No epitélio estratificado, os epitelomas são os tumores que melhor costumam atender à röntgen ou radioterapia, indiferentemente.

Radiumterapia. — Em proctologia, sua grande indicação está nos epitelomas, como acabamos de referir. É o tratamento de escolha, sem hesitações, embora haja casos de insucesso, que passarão à alçada cirúrgica.

Irradiação ultravioleta. — Não nos parece recurso terapêutico aproveitável em proctologia, por isto não nos deteremos em pormenores. Há quem o indique no tratamento de eritemas marginais e como estimulante cicatrizal em feridas tuberculosas ou outras de caráter tórpido. Nem nisto temos confiança e há tempos desprezamos nossa lâmpada de quartzo. Nenhuma experiência temos do foco de Kromayer.

Raios infravermelhos. — É a energia luminosa quente, irradiada de poderosa lâmpada a carvão. Sua ação revulsiva é bastante útil no tratamento de abscessos (fase inicial), criptopapilites agudas, trombos solitários, traumas recentes e trombose hemorroidária (neste caso, com filtro azul). Exposições diárias de 20 a 30 minutos.

Assim temos enumerado, a nosso ver, as indicações da eletroterapia em proctologia. Não fizemos menção ao emprego de outros meios físicos que não os elétricos, porque daqueles falta-nos qualquer experiência. Calculávamos e acabamos de sentir que maiores são os recursos fisioterápicos no domínio da especialidade. Além de minúcias técnicas, novos ensinamentos de maior interesse dos proctologistas são aqui apresentados pelos colegas relatores, segundo vamos recapitular. Do Dr. Eduardo Figueiredo Ferraz: *ultrassom* na fisura anal, nas crises hemorroidárias dolorosas e no prurido anal; *radar*, agente revulsivo de ação dirigida, sempre que ocorre o sintoma dor; tratamento das colites por meio da indutoterapia ou condensação diatérmica; tratamento da obstipação intestinal, seja por ondas curtas, como eletrodo retal, na forma espástica, seja por meio de ginástica adequada, na forma atônica; por fim o exante elétrico do esfíncter pela corrente galvânica. Do Dr. Roberto Taliberti: processo de Munro, na reeducação do esfíncter em casos de incontinência por lesão nervosa; a massagem e manipulação do cóccix na cocciogodínia. Do Dr. Livramento Barreto: indicações radioterápicas no prurido anal "essencial" e nos cistos pilosos; atualização precisa sobre o emprego do raio X e do radium em dermatoses e tumores de sede proctológica.

Sessão em 9 de dezembro de 1953

Presidente: Dr. ADALBERTO LEITE FERRAZ

Medicina psicossomática em proctologia. Prof. A. C. Pacheco e Silva. — O autor fez uma introdução demonstrando as relações do córtex cerebral, do tálamo e do sistema nervoso vegetativo com as funções gastrintestinais. Abordou a seguir a síndrome hemorroidária, cuja influência sobre o estado de humor era conhecida desde a antiguidade; resumiu, depois, as idéias de Hipócrates, para quem as hemorroidas teriam influência favorável sobre a melancolia e outras moléstias do sistema ner-

voso. Estudou as várias causas das hemorroidas e as diversas teorias (mecânica, congestiva e inflamatória) propostas para explicar seu aparecimento. Comentou as teorias psicógenas, entre as quais a proposta por Seguin, o qual entende que as emoções e os conflitos psicológicos determinam, por mecanismos intermediários neurovegetativos, os surtos hemorroidários. Fez um estudo crítico do caráter anal, descrito por Freud e seus discípulos. Concluiu por dizer que os fatores emocionais podem

SEDATIVO E ANTIESPASMÓDICO

FREINOSPASMYL

DRAGEAS

ESPASMOS DIGESTIVOS, PALPITAÇÕES,
ANGUSTIA, NERVOSISMO.



FÓRMULA:

Fenilmetilmaloniluréia 0,03g.
Bromidrato de Quinina 0,06g.
Beladona: Folhas Pulverisadas 0,01g.
Excipiente q. s. p. 1 drágea

LABORATORIOS ENILA S. A. RUA RIACHUELO, 242 - C. POSTAL, 484 - RIO
FILIAL: - RUA MARQUEZ DE ITÚ, 202 - SÃO PAULO

**TRATAMENTO
DO
ACNÉ**

Enxofre coloidal.
Hamamelis.
Óxido de titânio.

SACNEL

**NÃO É GORDUROSO.
É DE EMPREGO AGRADÁVEL**

Uso externo



LABORATÓRIOS ENILA S. A. - RUA RIACHUELO, 242 - FONE 32-0770 - RIO

Filial: rua Marquês de Itú, 202 - São Paulo

atuar, direta ou indiretamente, na formação das hemorroidas, razão por que os métodos psicoterápicos, aa lado dos tratamentos locais, não devem ser esquecidos.

Estudou, depois, o prurido anal sob o ponto de vista psicossomático. Fêz uma análise das classificações dos pruridos, desde aqueles que são provocados pela oxiuríase, pela alergia, pelo eczema, até os que são desencadeados pelos diversos mecanismos psíquicos.

Estudou detidamente as colites do tipo mucomembranoso e do tipo ulceroso, sob o aspecto psicossomático, mostrando sua importância e a necessidade de se aprofundar o estudo psicológico desses doentes, porquanto os métodos psicoterápicos podem ser extremamente eficientes, quando conduzidos por especialistas competentes, capazes de surpreender precocemente os agentes psicogênicos que as determinam.

DEPARTAMENTO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL

Sessão em 4 de dezembro de 1953

Presidente: Prof. SAMUEL B. PESSÔA

Considerações sobre a *Endamoeba blattae* (Bütschli, 1878). Drs. José de Oliveira Coutinho e Mauro Pereira Barreto. — Os autores assinalaram, entre nós, parasitando *P. americana* e *P. australasiae*, amebídeos que foram por eles identificados como a *Endamoeba blattae* (Büschli, 1878; Leidy, 1879). Evidenciaram que esta espécie, por seus caracteres citoplasmáticos e nucleares, corresponde à ameba encontrada na *Blatta orientalis*. Concluíram, baseados nas próprias observações e na bibliografia consultada, que a espécie que descreveram corresponde à *Endamoeba blattae*, embora a posição da cromatina nuclear não seja uniforme em todos os espécimes. Comparando-se os caracteres nucleares da *Endamoeba blattae* e da *Entamoeba coli* e congêneres, pode-se concluir, com absoluta segurança, que se trata de dois gêneros diferentes, pelos evidentes caracteres nucleares.

Diamidinodifexipentano no tratamento da leishmaniose das mucosas. Drs. Antonio Corrêa e Gildo da Rocha Brito. — Os autores fizeram um estudo sobre o tratamento da leishmaniose das mucosas (15 casos) pelo diamidinodifexipentano. Não foi feito tratamento local, seja químico ou fisioterápico. Os pacientes receberam doses que variaram entre 10 e 30 ampôlas de 5 cm³ da solução a 2,5% por via intramuscular. A dose

de 20 ampôlas, com exceção de um único caso, foi insuficiente para determinar a cura clínica da lesão. A dose ótima foi a de 30 ampôlas divididas em 3 séries de 10, com intervalos de 10 dias entre cada uma (aplicações diárias). Como manifestações de intolerância local ou geral, assinalaram: dor no local injetado, anorexia, náuseas, vômitos e, em um único caso, vertigens. No entanto, em nenhuma ocasião tornou-se necessário suspender a medicação em virtude destes sintomas. Não foi possível avaliar o problema das recidivas, dada a distância em que residia a maior parte dos pacientes.

Anticorpos heterófilos na doença de Chagas. Resultados obtidos em casos agudos e crônicos. Drs. Vicente Amato Neto e Luís Hildebrando Pereira da Silva. — Estudando o soro de 27 pacientes com doença de Chagas, sendo 9 na fase aguda e 18 na fase crônica, os autores verificaram a ocorrência de títulos elevados nas hemaglutininas heterófilas. Nos casos agudos os títulos variaram de 1/224 a 1/7.168. Na maioria dos casos crônicos notaram também a existência de títulos altos, embora bem menos elevados que nos casos agudos. Praticando o teste de absorção pelas suspensões de rim de cobaias e de hemácias de boi, verificaram a absorção total das hemaglutininas pelo rim de

Um problema cirurgico...

Um requisito em operações do rosto, colo, seios ou extremidades, é que a cicatriz seja mínima. Assim, o paciente julga o cirurgião, pelo tamanho da cicatriz.

Um produto...

D & G n.º 1.682, Dermalon, permite fazer suturas da pele, deixando cicatrizes quasi invisíveis.

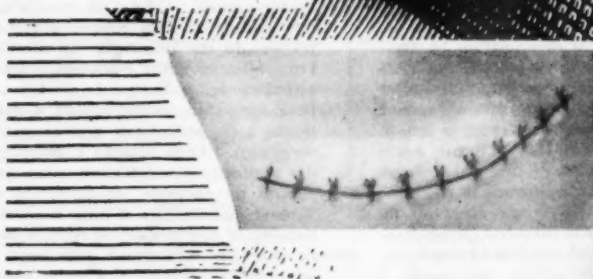
Uma marca...

Davis & Geck, Inc., que criou este produto para resolver um problema especial, põem o mesmo esforço, para cada sutura ou especialidade.



Produto D & G
N.º 1.682

Dermalon
(Nylon monofilamento) com
agulha Atraumática CE-4 de
ponta cortante,
tamanho ilus-
trado.



Agentes Exclusivos para o Brasil

IMPORTADORA CHIORBOLI CIRÚRGICA LTDA.

Rua Senador Paulo Egídio, 34 - 3.º andar Salas 36/37

Telefone: 32 - 3238 - São Paulo, Brasil

Davis & Geck, Inc.

A UNIT OF **AMERICAN CRYLAMID COMPANY**

One Casper Street, Danbury, Connecticut, U.S.A.

cobaias e total ou subtotal pelas hemácias de boi, concluindo que os anticorpos são diferentes dos encontrados na mononucleose infecciosa e do tipo Forssmann, sendo semelhantes aos que ocorrem na moléstia do soro. Esse fato pode ser de utilidade na orientação diagnóstica de certos casos de doença de Chagas, particular-

mente nos agudos com sintomatologia escassa e naqueles em fase subaguda. Embora o teste não apresente qualquer caráter específico, poderá servir ao clínico para, posteriormente, por um processo laboratorial específico, estabelecer o diagnóstico da tripanossomíase.

DEPARTAMENTO DE NEURO-PSIQUIATRIA

Sessão em 11 dezembro de 1953

Presidente DR. ALOYSIO MATTOS PIMENTA

Malformações artério-venosas congênitas do encéfalo. Drs. Celso Pereira da Silva e Aloysio Mattos Pimenta. — Os autores consideram as malformações artério-venosas congênitas do encéfalo um problema de maior atualidade nos centros neurocirúrgicos mundiais. Lembam, inicialmente, que a possibilidade do diagnóstico, no vivo, dessa malformação vascular congênita, tornou palpitante um assunto que, até então, era do interesse dos patologistas nos achados de autópsia. A introdução da angiografia cerebral na rotina neurocirúrgica tem permitido o diagnóstico do aneurisma artério-venoso congênito em número cada vez mais elevado de casos. Assim o demonstram as estatísticas, pois, enquanto que, em 1928 Cushing e Bailey entre 1.522 tumores intracranianos, encontraram apenas 9 casos de aneurisma artério-venoso congênito, já em 1938, Tönnis, entre apenas 700 tumores cerebrais, observou 26 casos da malformação vascular, e, em 1946, Olivecrona observou 60 casos entre 3.206 tumores intracranianos. Deste modo, o uso da angiografia cerebral de rotina, mostrando a maior freqüência da afecção em apêço, veio possibilitar ao neurologista o reconhecimento da etiologia de grande série de síndromes bastante comuns, tais como a hemorragia meningea e a crise convulsiva brava-jacksoniana. Por outro lado, os progressos da técnica neurocirúrgica permitiram a indicação de uma terapêutica radical, por isso demandando do clínico um diagnóstico mais precoce.

A presente documentação é fruto de vários anos de interesse pelo assunto, num meio em que o trabalho se processa em condições difíceis e onde falta a concentração do material.

O aneurisma artério-venoso congênito é mencionado na literatura por designações numerosas, como angioma racemoso, hemangioma artério-venoso, angioma "arteriale", angioma "arteriale" racemoso, angioma plexiforme, angioma "arteriale anastomoticum", "varix arteriale", "varix anastomoticum", aneurisma cirróide, rankeangioma, hemangioma "racemosum arteriale et venosum" e malformação artério-venosa. Essa nomenclatura tão variada só tem trazido confusão no estudo da patologia da afecção. Os autores preferem e adotam a denominação de malformação artério-venosa congênita, sendo, porém, a mais usada a de aneurisma artério-venoso congênito. Com relação à patologia das malformações artério-venosas congênitas do encéfalo, os trabalhos de Virchow constituíram a base anatomo-patológica dos modernos estudos desta afecção. Quanto à *patogenia*, a admitida atualmente é a de se tratar de uma lesão congênita disgenética com desenvolvimento progressivo. A *fisiopatologia* mostra que se trata de lesão dinâmica, de efeitos locais (dominantemente a falta de nutrição) e gerais (sobre o sistema circulatório). Assim, o caráter evolutivo dos sintomas decorre mais das modificações dinâmicas da circulação, do que do crescimento intrínseco da lesão. As vezes, os sintomas dependem da rotura da

UM NOVO ANTIBIÓTICO DE AMPLO ESPECTRO

ACROMICINA*

CÁPSULAS DE TETRACICLINA LEDERLE

ACROMICINA Cloridrato de Tetraciclina *Lederle* é um novo e superior antibiótico de amplo espectro que acarreta reações secundárias definitivamente mais raras e de desprezível importância. Em solução, a **ACROMICINA** mantém-se sem perda de potência pelo espaço de 24 horas. Proporciona mais rápida absorção pelos tecidos e líquidos orgânicos.

Em termos de economia hospitalar, a **ACROMICINA** concorre para reduzir os períodos de hospitalização, simplifica os trabalhos de enfermagem e apressa a disponibilidade de leitos para novos pacientes.

ACROMICINA é eficaz contra infecções por estreptococos beta hemolíticos, infecções estafilocócicas, pneumocócicas e gonocócicas, infecções meningocócicas, pneumonias atípicas, infecções por *E. coli*, bronquite e bronquiolite agudas, e contra certas infecções mistas.

CÁPSULAS: 250 mg, 100 mg, e 50 mg

ENDOVENOSA: 500 mg, 250 mg, e 100 mg

PÓ DISPERSÍVEL: 50 mg por colher das de chá (3 gramas)

Outras formas farmacêuticas serão apresentadas tão pronto o permitam as experiências que se vêm fazendo com o produto.

LEDERLE LABORATORIES DIVISION

Cyanamid Inter-American Corporation

49 West 49th Street, New York 20, N. Y., E. U. A.

ÚNICA REPRESENTANTE NO BRASIL:

BARROSO - WALTER S. A. Indústria e Comércio

Rio de Janeiro (C. Postal 1039) — São Paulo (C. Postal 1750)

Porto Alegre (C. Postal 1650) — Recife (Rua do Hospício, 71)

Salvador (Av. 7 de Setembro, 142-1º)



*Marca Registrada

malformação. A *sintomatologia* apresenta aspectos neurológicos e aspectos circulatórios, sendo os neurológicos os mais importantes. É necessário reconhecer, nos quadros de convulsões seguidas de sinais neurológicos focais, nas hemiparesias progressivas, nas hemorragias meníngeas e nas enxaquecas associadas com sintomas neuropsiquiátricos, a possibilidade de se tratar da mal formação artério-venosa congênita, a fim de que seja feito o diagnóstico precocemente. A malformação artério-venosa congênita é de *evolução* progressiva, com tendência a determinar a hemorragia meníngea. A *angiografia cerebral* é o método de diagnóstico por excelência. A *tendência terapêutica* atual é a extirpação radical. Os resultados do tratamento dependerão do diagnóstico precoce e, portanto, a responsabilidade maior é do clínico que do cirurgião.

Os autores apresentaram, a seguir, o material estudado, que consta de 16 casos de malformação artério-venosa congênita do encéfalo, com localização nos diversos territórios vasculares cerebrais. Chamaram a atenção para o fato de terem observado 2 casos com malformação vascular bilateral, o que raramente é mencionado na literatura. Dos 16 casos estudados, um não foi submetido à prova angiográfica, tendo o diagnóstico da malformação sido feito cirurgicamente. Dos casos observados, 8 deixaram de ser aperados, por motivos vários, e dos 8 que foram submetidos à cirurgia, em 4 foi feita a extirpação total, em um a extirpação parcial e em 3 ligaduras parciais.

A radioterapia profunda em doses elevadas, na epilepsia focal. *Contrôle clínico e eletrencefalográfico.* Drs. Paulo Pinto Pupo, Mathias Otávio Roxo Nobre, Jayme Nasses, Camilo Segreto e Jorge armbrust-Figueroa. — Os autores estudaram os resultados obtidos com o emprego de radioterapia profunda em altas doses em casos de epilepsia focal. Vinte pacientes foram selecionados dentre 48 estudados, em virtude de terem eles oferecido cooperação necessária a um bom seguimento clínico e eletrencefalográ-

fico. Os pacientes foram observados cuidadosamente, de 3 meses a 3 anos, tendo recebido radioterapia em doses que variaram de 2.500 a 5.000 r no foco, pela técnica de irradiação por "fogos cruzados" ou pela técnica de radioterapia convergente cinética. Os resultados obtidos foram considerados segundo o estado do traçado eletrencefalográfico, a frequência das crises convulsivas e as condições do estado mental dos pacientes. O EEG foi considerado melhorado nitidamente naqueles casos em que o traçado já não revelou a presença de atividade focal; os casos com melhora relativa, embora com atividade diminuída, continuavam apresentando sinais de foco. Em relação às crises, foram considerados de melhora nítida aqueles casos em que as crises eram diárias ou se apresentavam por surtos de grande intensidade antes do início do tratamento e que se tornaram praticamente nulas, coincidentemente com a radioterapia; foram considerados casos de melhora relativa aqueles em que os pacientes continuaram a apresentar crises durante o tratamento, embora seu número se tivesse reduzido apreciavelmente. O estado mental foi considerado melhorado nitidamente quando o paciente foi capaz de retornar às suas atividades primitivas ou estudo escolar; as melhoras relativas se verificaram quando os enfermos, embora apresentando melhora de sua atividade mental e particularmente melhor adaptação ao ambiente familiar ou escolar, não foram capazes de assumir atividade útil. Assim considerando, os autores verificaram, no total de 20 casos, melhora nítida do EEG em 4, melhora relativa em 8 e traçado inalterado em 8; melhora nítida do número de crises em 8, melhora relativa em 10 e inalterado em 2; o estado mental apresentou melhora nítida em 7 casos, melhora relativa em 6 e inalterado em 7. Pelo estudo comparativo desses dados, os autores verificaram que: a) a radioterapia parece agir diretamente sobre a atividade elétrica focal, tendo havido melhora nítida em 8 casos e melhora relativa em 8, imediatamente após sua aplicação; em 2 casos, posteriormente, houve recrudescimento da atividade focal, fato esse que corrobora-

ra na mesma afirmativa; b) Em todos os casos houve diminuição do número de crises após radioterapia; não se pode entretanto, atribuir somente à radioterapia essa melhora, desde que, suspensa a medicação que vinham recebendo os pacientes, houve recrudescimento do número de crises; c) Em 13 casos houve melhora do estado mental dos pacientes após a radioterapia; esse fato deve ser encarado não somente como relação de causa e efeito direto, mas principalmente levando-se em conta as condições de melhora da fisiologia cerebral com a diminuição do número de crises e das condições de melhora da fisiologia cerebral com a diminuição do número de crises e das condições afetivo-emocionais do paciente em face dessa melhora clínica; d) Não há relação entre o número de crises e a atividade focal verificada pelo EEG; e) Não há relação entre a intensidade da atividade focal cerebral e o estado mental do paciente. De acordo com os resultados obtidos no presente trabalho, os autores concluíram: 1) A radioterapia em altas doses diminui a atividade do foco cerebral epileptógeno. 2) Não é possível afirmar ser a melhora clínica duradora devida exclusivamente à radioterapia, desde que, em 2 casos, houve piora da atividade focal após a radioterapia e, em 2 outros, houve recrudescimento das crises com a suspensão dos medicamentos.

O líquido cefalorraqueano na meningite parotídea. Drs. João Baptista dos Reis, Cesar Timo Iara, Rosa Helena Longo e Arnaldo Benini. — Após rápida revisão da literatura, os autores apresentaram os resultados dos exames do líquido cefalorraqueano em 12 casos de parotidite epidêmica, complicada por meningite. As punções foram todas realizadas com finalidade diagnóstica e terapêutica (descompressiva); todos os pacientes apresentaram sintomas e sinais clínicos agudos de meningite. Foi observado o seguinte tipo médio de líquido: aspecto levemente opalacente; incolor; retículo fibrinoso; pressão inicial 19 cm de água; 570 células por mm³ (linfomononucleares 95%, neu-

trófilos 3%, plasmócitos 2%); proteínas totais 0,41 g/l; reação de Pandy fortemente positiva; reação de Weichbrodt negativa; reação de Nonne positiva; reação do benjoim coloidal 00000.02222.00000.0; reação de Takata-Ara negativa; cloretos 7,05 g/l; glicose 0,62 g/l; reação de Wassermann negativa; provas bacteriológicas negativas.

Os autores apresentaram também considerações gerais sobre o diagnóstico diferencial, particularmente com a meningite tuberculosa.

Lesões cirúrgicas intracranianas na infância e adolescência. *Análise de 105 casos. Distribuição em relação à idade, sexo, sede e natureza.* Drs. Aloysio Mattos Pimenta, Afonso Sete Júnior e Rosa Helena Longo. — Os autores chegaram às seguintes conclusões: 1) A correlação dos fatores idade, sede e natureza fornecem elementos ao diagnóstico clínico e prognóstico dos casos de lesões cirúrgicas intracranianas; 2) Em seu material não houve a clássica e evidente dominância das lesões infratentoriais sobre as supratentoriais, mas as demais distribuições de sede e natureza estiveram de acordo com os dados da literatura médica; 3) O meduloblastoma tanto apareceu no hemisfério cerebelar como na linha média, sua sede preferencial de acordo com a literatura.

As variações da forma do sifão carotídeo na arteriografia cerebral. *Estudo sobre 120 casos não tumorais.* Drs. Aloysio Mattos Pimenta e Paulo Mangabeira Albernaz Filho. — O estudo de 120 arteriogramas de pacientes em que foi comprovada a inexistência de lesão que ocupa espaço intracraniano, permitiu o reconhecimento de várias formas de sifão carotídeo normal. Assim, foi possível fazer uma classificação anatômica dos vários tipos e concluir que a forma do sifão não permite, por si só, estabelecer o diagnóstico topográfico de tumores intracranianos. É importante reconhecer exatamente os limites do sifão, a fim de localizar, precisamente, os aneurismas da carótida interna.

DEPARTAMENTO DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA

Sessão em 18 de dezembro de 1953

Presidente: Dr. SEBASTIÃO ALMEIDA PRADO SAMPAIO

Tratamento experimental pelo ácido para-amino-salicílico (PAS) de dois casos de cromomicose (*nota prévia*). Dr. Vinício de Arruda Zamith. — O autor apresentou 2 casos observados na 4.^a Medicina de Homens da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (Serviço do Dr. Humberto Cerruti). O primeiro doente, admitido em 24-10-1952, apresentava extensas lesões verrucosas ocupando grande parte do membro inferior esquerdo e com 22 anos de evolução progressiva. Em 18-11-1952 foi iniciada a terapêutica pelo ácido para-amino-salicílico na dose diária de 24 comprimidos que, depois de 456 comprimidos, foi aumentada para 40 comprimidos; após 12 dias apresentou violento surto de eritema polimorfo, sendo o medicamento suspenso. Em vista das melhoras apresentadas, foi tentada, em janeiro de 1953, nova administração de PAS; novo surto de eritema polimorfo. Em 25-7-1953 foi iniciada, com sucesso, a dessensibilização ao PAS: inicialmente 1/4 de comprimido (5 dias), 1/2 comprimido (5 dias) e assim sucessivamente; tolerou bem o medicamento, estando atualmente tomando 25 comprimidos diários e já tendo ingerido nesta se-

gunda série de tratamento, cerca de 1.300 comprimidos. As melhoras foram lentas, porém evidentes. Foi tentado, sem sucesso, o uso do sal cálcico e de pomada à base de PAS. O segundo doente, admitido em 30-4-1953, apresentava extensas lesões vegetantes no antebraço esquerdo, datando de 3 anos. Iniciada a terapêutica pelo PAS em 15-7-1953, com dose de 24 comprimidos diários (9,6 g). Depois a dose foi reduzida para 16 comprimidos, pois o paciente teve violenta intolerância gástrica (fôra operado de úlcera gástrica há 10 anos). Nesta data a redução e a cicatrização das lesões já eram notáveis, principalmente tratando-se de micose absolutamente insensível a tóda e qualquer droga. Infelizmente o autor não pôde prosseguir com doses altas, em virtude da intolerância gástrica; atualmente, toma 10 comprimidos diários (4 g) e uma injeção intravenosa de 10 ml do sal a 10%; o autor tentará a administração do sal pelo método gôta-a-gôta. O autor considera indubitável a ação fungicida ou fungostática do PAS. Os 2 casos foram documentados com culturas em Sabouraud, exames diretos e hispatológicos e fotografias.

Sociedade Médica São Lucas

Sessão de 14 de setembro de 1953

Presidente: Dr. ADEMAR ALBANO RUSSI

Fistula arterio-venosa. — Dr. L. E. Mendonça. — Na ordem do dia o Dr. L. E. Mendonça falou sobre as fistulas arterio-venosa entre os vasos esplênicos. Referiu-se a raridade da ocorrência entre vasos esplênicos e descreveu um caso de observação pessoal, cuja documentação fotográfica apresentou. Havia hipertensão do sistema porta e isso levou-o a iden-

tificar logo o aneurisma arterio-venoso. Discorreu sobre o sistema circulatório do fígado, mostrando que a mistura que se processa no fígado é antecedida por um aneurisma arterio-venoso comprometendo o sistema porta. No caso apresentado não havia sinais de varizes esofágicas nem perturbações cardíacas.

O açúcar perfeito para a alimentação infantil:



Nessucar

COMPOSIÇÃO

Dextrina	74,0 %
Maltose	20,0 %
Matérias protéicas	0,5 %
Sais minerais	0,5 %
Água	5,0 %

Calorias - 378 por 100 g

INDICAÇÕES

Para enriquecer calòricamente as mamadeiras. Na dietética de Prematuros. Nas diarréias, dispepsias, distrofias e atrofas. Dieta hídrica como a da fase de desintoxicação da toxicose.

Cirurgia cardíaca. — Dr. Hugo Felipozzi. — O A. proferiu uma conferência focando alguns aspectos da cirurgia cardíaca. Mostrou numerosos diapositivos apresentando as várias anomalias e passou dois filmes

de operações realizadas em seu serviço, sendo um caso de coarctação da aorta e outro de estenose pura da pulmonar, ambos muito demonstrativos da técnica apurada do autor.

Sessão de 28 de setembro de 1953

Presidente: Dr. PAULO G. BRESSAN

Megacolo. — Dr. José Finocchiaro. — Na ordem do dia, o dr. José Finocchiaro falou sobre o tratamento do megacolo, referindo-se às contraindicações da esfinterotomia e descreveu depois a técnica da sutura por ressecção feita facilmente a custa do aparelho Sugarbacker e Wiley que faz a adaptação dos segmentos proximal e distal do tubo intestinal. Projetou e apresentou o aparelho desses autores, mostrando a facilidade do seu manejo em ressecções muito baixas. Apesar dessa ressecção é necessário sempre resseccionar o esfíncter interno do ânus. O A. apresentou as peças de dois casos que operou com o auxílio do aparelho de Sugarbacker e Wiley.

Comentários. O Dr. Eurico Branco Ribeiro salientou as vantagens de um bom preparo pre-operatório e assinalou que vem usando o esvaziamento do fecaloma através de uma laparotomia preparatória, em que o fecaloma é esvaziado por via natural.

Nefrectomia parcial. — Dr. Geraldo de Campos Freire. — Em nome do Dr. Geraldo de Campos Freire, o dr. Levy de Almeida apresentou quatro casos de nefrectomia parcial — dois de litíase calcica, um de tuberculose e quatro de inflamação com isquemia do polo superior do rim.

Comentários. O dr. Elpidio Canabava referiu um caso de observação pessoal, de rim fundido, em que fez reparação com sucesso, havendo rim extranumerário.

O dr. Eurico Branco Ribeiro referiu um caso de nefrectomia parcial, que executou, pela existência de uma ciste no polo superior do rim esquerdo. E salientou que a literatura recente confirma os benefícios da nefrectomia parcial na tuberculose.

Ao encerrar a sessão o dr. Paulo G. Bressan salientou a presença dos Drs. Vicente de Paiva e Elpidio Canabava, ambos de Minas Gerais.

Sessão de 12 de outubro de 1953

Presidente: Dr. ADEMAR ALBANO RUSSI

Patologia córtico-visceral e tratamento pelo sono prolongado. — Dr. Venturino Venturi. — O A. falou sobre a patologia córtico-visceral e tratamento pelo sono prolongado. Referindo inicialmente os trabalhos básicos de Paulow, fez a definição do que hoje se chama fisiologia córtico-visceral. Citou os três princípios paulowianos em que ela se baseia. Discorreu sobre os reflexos. O sono inibe os reflexos deixando em repouso as células alteradas ou cansadas. O cérebro é a sede de todas as excitações e inibições do organismo, se-

gundo a escola que criou a patologia córtico-visceral. Na hipertensão arterial, o tratamento pelo sono é aplicado com boa porcentagem de resultados satisfatórios no fim de 4 anos de observação. Nas úlceras do estômago e do duodeno por hiper-motilidade e hipersecreção gástrica, o tratamento pelo sono atinge a causa, dando 89% de resultados imediatos satisfatórios e 83% de cura depois de 4 anos. Na dermatologia o campo é vasto para a cura pelo sono prolongado. As complicações posoperatórias são menores quando se faz o sono tera-



NOVOS PRODUTOS "PINHEIROS"

Vitaminas em
"PELLETS"

- A - VI - PEL
- D - VI - PEL
- A - D - VI - PEL
- POLI - VI - PEL
- VITSALMIN

ALTA CONCENTRAÇÃO
MELHOR ABSORÇÃO
PERFEITA ESTABILIDADE
SABOR AGRAVAVEL

péutico. A hibernação para a anestesia é uma prova disso. O sono deve ser mantido durante 17 a 18 horas por dia. O Auritol-sódico por via oral é a base do sono: é o Barbamilo-russo e o Pernoctal francês. O tratamento é contraindicado nos hepáticos. O Largatil aqui denominado Amplictil produz a hibernação, facilitando a ação dos barbitúricos. De 20 a 90 dias pode-se manter o sono prolongado. Em cirurgia, bastam 4

a 6 dias de ambiente insonorizado é mais apropriado.

Comentários: Os Drs. Eurico Branco Ribeiro e Ademar Russi fizeram considerações sobre o método merecendo esclarecimentos do Dr. Venturini Venturi.

Ao encerrar a sessão o presidente salientou a presença do Dr. Jorge Machado, de Petropolis, que falou fazendo referências ao ambiente do Sanatório São Lucas.

Sessão de 19 de outubro de 1953

Presidente: Dr. ADEMAR ALBANO RUSSI

Dia de São Lucas. — Realizou-se uma sessão solene, em comemoração ao dia de São Lucas, presidida pelo Dr. Ademar Albano Russi e Secretariada pelo Dr. Eurico Branco Ribeiro. Abrindo a sessão o Dr. Ademar Albano Russi, disse do significado da solenidade e passou a palavra ao Dr. Ademar Nobre para apresentar o conferencista do dia Frei Benjamim Maria, de Piracicaba. O orador fez um resumo da biografia do conferencista, salientando as suas excelsas qualidades e a grande honra de receber a Sociedade tão alta figura de tri-

buna eclesiástica. O conferencista foi saudado com uma salva de palmas ao se levantar para falar. Iniciou o Frei Benjamim Maria, de Piracicaba com considerações filosóficas. Fez um estudo comparativo da Ciência e da Fé e mostrou como São Lucas, homem de Ciência procurou a Fé para saciar o seu espírito bem orientado. Salientou os característicos da personalidade do evangelista, ressaltando a sua qualidade de médico visível em várias passagens dos seus escritos. O orador foi muito aplaudido ao finalizar a sua oração.

Sessão de 26 de outubro de 1953

Presidente: Dr. PAULO G. BRESSAN

Hérnia lombar. — Dr. João Dias Ayres. — O presidente deu a palavra ao Dr. João Dias Ayres, de Sertãozinho, que leu um trabalho sobre "hérnia lombar". Fez o A. a classificação das hérnias lombares, salientando a importância das congênitas. Fez uma recordação da anatomia da região lombar, para definir o que seja a afecção sobre que discorria. Apresentou depois um caso de observação pessoal e comparou-o com outros da literatura. Apresentou documentação fotográfica do seu caso e desenhos representativos da técnica usada.

Comentários O Dr. Eurico Branco Ribeiro recordou alguns casos de que tem conhecimento e que têm certa

afinidade com o apresentado pelo Dr. João Dias Ayres.

Espermograma. — Dr. Luiz Migliano. — Depois de recordar o recente Congresso de Esterilidade Humana, o A. discorreu sobre certas circunstâncias a que está sujeito o analista para atender solicitações de clínicos e de clientes. Disse que um material rico em espermatozoides, pode ser infecundante. A capacidade fecundante é o que mais interessa do ponto de vista prático. A concentração, os elementos móveis e outros dados devem orientar o analista, permitindo-lhe armar uma fórmula

$$\frac{C \times N \times M \times A}{1.000.000.000}$$



climax

Thiaminose

VITAMINA B₁
VITAMINA C
SÔRO GLICOSADO

ESTADOS TOXI-INFECCIOSOS
ULCERAS GASTRO DUODENAIAS
AFEÇÕES HEPÁTICAS
HIPERTENSÃO ENDOCRANEANA

APRESENTAÇÃO:

Normal e Forte - Ampolas de 10 e 20 cm³

LABORATÓRIO CLÍMAX S.A.

em que C é a concentração por mm³, N é o n.º normal de espermatozoides móveis no momento da ejaculação e A é o coeficiente de atividade dos espermatozoides. Essa fórmula dá o índice de fertilidade espermática. Fez ainda considerações sobre a obtenção dos vários dados que permitam a obtenção do espermograma.

Comentários: O dr. Waldemar Machado diz serem raros hoje os casos de azoospermia, já não sendo por conta do homem os 60% dos casos de esterilidade.

O dr. Paulo G. Bressan afirma que hoje já é bem aceito o pedido de um espermograma.

Outras Sociedades

Academia de Medicina de São Paulo, sessão conjunta com o Departamento de cirurgia da Associação Paulista de Medicina em 15 de junho de 1954, ordem do dia: Tema *Afeções vasculares* 1) *Anotações sobre as anastomoses aortoportais em cães portadores de fistula de Eck* — Dr. Fábio Schmidt Goffi e acadêmico Joamel de Mello; 2) *Síndrome portoflebética dos membros inferiores. Nova concepção fisiopatológica* — Dr. L. E. Puech Leão; 3) *Arteriografia nos aneurismas arteriovenosos dos membros* — Dr. Octávio Martins de Toledo; 4) *Trombose da veia cava inferior. Considerações sobre aspectos flebográficos* — Prof. Edmundo Vasconcellos e Dr. Fuad Al'Assal; 5) *Ligaduras das veias peroneiras e tibiais ao nível do v/c superior da perna* — Prof. Mário Degni.

— Sessão de 31 de junho de 1954, ordem do dia: Tema — *Acidentes vasculares cerebrais*: 1) *Fisiopatologia* — Dr. José Lamartine de Assis; 2) *Diagnóstico* — Dr. Octávio Lemi; 3) *Tratamento* — Dr. Roberto Melaragno Filho; *Comentadores*: drs. José Reinaldo Marcondes, Aluisio Mattos Pimenta e Octávio Ratto.

Associação Paulista de Medicina, — Departamento de Hematologia e Hemoterapia, sessão em 7 de junho de 1954, ordem do dia: 1) Drs. Marcelo Pio da Silva, Mário Ritter, Carlos Nogueira Ferraz e acadêmico Barros Barreto — *Contribuição para a técnica de contagem de plaquetas*; 2) Dr. Humberto Costa Ferreira — *Um caso de troca de crianças esclarecida pela investigação dos grupos sanguíneos*.

— Departamento de Cancerologia, sessão em 14 de junho de 1954, ordem do dia: 1) Dr. Walter Treunherz — *Capacidade antineoplásica de inalações de vapores superaquecidos de diversos anestésicos no câncer do camundongo e do homem*; 2) Drs. Alfredo Abrão e José Baptista da Silva Netto — *Estudo anatómico da cadeia mamária interna, em vjj casos*.

— Departamento de Pediatria, sessão em 14 de junho de 1954, ordem do dia: 1) Drs. Américo Cardoso dos Santos, Paulo Eiró Gonçalves e Oswaldo Riedel de Souza e Silva — *Laringo-traqueites e Laringo-traqueobronquites agudas*; 2) Fernando Gayotto, Nuno de Paiva Braga e Oswaldo Riedel de Souza e Silva — *Dieta de fome e sede e de arroz na fase inicial da glomerulonefrite difusa aguda da criança*; 3) Drs. Roberto Vilhena de Moraes e Virgílio Alves de Carvalho Pinto — *Complicações cirúrgicas do divertículo de Meckel*.

— Departamento de Cirurgia, sessão em conjunto com a Academia de Medicina de São Paulo em 15 de junho de 1954, ordem do dia: Tema — *Afeções vasculares* 1) Dr. Fábio Schmidt Goffi e Acad. Joamel de Mello — *Anotações sobre as anastomoses aortoportais em cães portadores de fistula de Eck*; 2) Dr. Luiz Edgard Puech Leão — *Síndrome pos-flebética dos membros inferiores. Nova concepção fisiopatológica*; 3) Dr. Octávio Martins de Toledo — *Arteriografia nos aneurismas arterio-venosos dos membros*; 4) Prof. Edmundo Vasconcellos e dr. Fuad Al'Assal, *Trombose da veia cava inferior. Considerações sobre aspectos flebográficos*; 5)

NA HIPERTENSÃO ARTERIAL

E SUAS
MANIFESTAÇÕES



RUTINASE

INJETÁVEL e COMPRIMIDOS

LABORATÓRIO PELOSI S. A.

PRODUTORES DE MEDICAMENTOS ÉTICOS DE EXCLUSIVA DIVULGAÇÃO MÉDICA

RUA CESARIO MOTA, 296-312 - FONES 4-7733 e 2-4117 - CAIXA POSTAL, 4798 - S. PAULO

RUTINASE

Marcas Registradas

O importantíssimo valor terapêutico da **Carbaminocolina** foi resultado especialmente como o mais eficaz agente hipotensor conhecido.

Sua poderosa ação sobre o organismo humano, relatada e comprovada por observações de autores absolutamente idôneas, descritas em publicações científicas, representam uma diminuta parte das muitas análises realizadas na Alemanha em período um pouco anterior à última guerra.

H. Kreitmam, H. Nölle e W. Veiten, demonstraram que a ação da Carbaminocolina supera grandemente a da acetilcolina, tida até então como o mais eficiente derivado da colina, utilizado de preferência contra os mais variados estados patológicos, capitulados sob a denominação sintomática de hipertensão.

Ação sobre a pressão sanguínea, peristaltismo e secreções das glândulas do conduto gástro-intestinal. Aumento das contrações do útero gravídico e a secreção salivar.

Gowertz, Van Daren e Pansini, verificaram que baixa a pressão arterial, com a devida reserva para os casos em que existe alteração orgânica dos vasos capilares (v. valor terapêutico da Rutinase).

Eberhard Schulze e apologistas sistemáticos da Carbaminocolina no combate da retenção urinária, observada após os partos e nas pacientes submetidas a intervenções ginecológicas.

G. Stupperich confirma os bons resultados na quase totalidade das casos supra mencionados.

Quanto à **Rutina**, Griffith, Lindauer, Couch e Shanno, demonstraram sua eficiência na fragilidade capilar, muito valiosa para prevenir seus graves acidentes.

As investigações realizadas por estes autores são numerosas e notórias e os efeitos benéficos obtidos, foram amplamente divulgados em publicações científicas, dando origem ao crescente emprego do medicamento.

A Rutina não é acumulada no organismo e restabelece a normalidade da fragilidade capilar aumentada, sanando esta grave alteração orgânica.

Está provada a sua eficácia na hemorragia retiniana, que, como se sabe, é agravada pela diabetes mellitus e moléstias da hipófise.

VALOR TERAPÊUTICO DA RUTINASE

Quando os vasos capilares perderam a faculdade de se contrair, o que representa uma grave alteração orgânica, os meios, a eficiência da Carbaminocolina poderá ser incerta, mas com a recente descoberta de ação terapêutica da Rutina, que permite restabelecer a sua necessária elasticidade (em 85% dos casos, foi conseguido restaurar a fragilidade capilar à normal), a associação das duas medicações é logicamente indispensável, visando uma finalidade terapêutica completa, o que representa um tratamento clínico simples para um estado patológico grave e muito frequente, que se manifesta pela alta pressão arterial acompanhada da fragilidade capilar anormal.

Griffith, Lindauer e Shanno, em uma estatística de 1.600 casos de hipertensão, notaram em 300 pacientes aumento da mencionada fragilidade capilar.

A enorme e persistente eficácia da Carbaminocolina é resultante de sua inalterabilidade relativamente grande no organismo (apenas ligeiramente atacada pelo suco gástrico). Esta propriedade justifica sua ação hipotensiva, mesmo administrada por via bucal (Dautrebante e Morichal).

Quando houver necessidade da ação hipotensiva mais intensa, será mais indicada a forma injetável ("RUTINASE, injetável"). A falta de pronta ação indicará alteração orgânica dos capilares; neste caso, deverá ser ministrada maior quantidade de Rutina, recorrendo também à via oral, utilizando em conjunto a Rutinase injetável e a Rutinase comprimidas, podendo em casos menos graves substituir esta última pelos simples comprimidos de Rutina (Comprimidos de Rutina "Pelosi").

A fim de assegurar maior eficiência e rapidez no tratamento pela Rutina, a administração do medicamento deve ser contínua e prolongada, ministrando também ao mesmo tempo, adequadas doses de vitamina C, ou às vezes, mesmo ainda, Vitamina K.

RUTINASE Injetável

Dosagem por ampola:

Cloreto de Carbaminocolina purissimo	0.00025
Rutina purif.	0.0040
Carbonato ac. de sódio	q. b.
Seluto fisiológico isotônico	q. b. 2 cm ³

Composição racional e original do Químico-Farmacêutico J. Pelosi, baseada em recentes estudos alemães e norte-americanos.

Acondicionamento:

Caixas de 10 e 100 ampólas.

Propriedades terapêuticas:

Hipertensor. - Anti-espasmodico arteriolar. - Excitante do para-simpático. - Depressor do simpático. - Ação antagônica da adrenalina.

Indicações:

Hipertensão arterial e suas manifestações (pela ação hipotensora da Carbaminocolina), mesmo nos casos em que os vasos capilares tenham perdido parte da sua faculdade de se contrair (pela ação, embora lenta, da Rutina).

Atenia dos aparelhos digestivo e urinário, principalmente no retardo urinário após as operações cirúrgicas e partos.

Dores de cabeça provocadas por espasmos vasculares.

Prevenção e tratamento dos acidentes vasculares, resultantes de alta pressão sanguínea, com ou sem fragilidade capilar.

Contra-indicações:

Constituem contra-indicações os pacientes portadores de miocardite avançada, os de cardiopatia fortemente descompensada e naqueles casos em que se deve evitar uma queda brusca da pressão arterial.

Precauções especiais devem ser tomadas quando se tiver que empregar o medicamento em pacientes digitalizados, eméticos, sujeitos à choque, ou portadores de úlcera péptica avançada e angina pectoris.

Em qualquer tempo, a ação do medicamento pode ser suprimida mediante o emprego de uma injeção de atropina.

Dose:

Método em todo o conteúdo de uma ampola (1 a 2 cm³) em injeções subcutâneas ou intramusculares: uma até três vezes ao dia, o critério do clínico.

As injeções não indolores e devem ser aplicadas logo das refeições.

Não deve ser utilizada a via endovenosa

RUTINASE Comprimidos

Dosagem por comprimido:

Cloreto de Carbaminocolina puriss.	0.002
Rutina purif.	0.020
Excipiente	q. b. p. 0.200

Composição racional e original do Químico-Farmacêutico J. Pelosi, baseada em recentes estudos alemães e norte-americanos.

Acondicionamento:

Vidros de 50 comprimidos.

Propriedades terapêuticas:

Hipertensor. - Anti-espasmodico arteriolar. - Excitante do para-simpático. - Depressor do simpático. - Preventivo e curativo dos hemorragias cerebrais e retinianos.

Indicações:

Hipertensão arterial, mesmo nos casos com alteração orgânica vascular.

Acidentes vasculares da hipertensão. Atenia dos aparelhos digestivo e urinário. Dores de cabeça provocadas por espasmos vasculares. Fragilidade capilar e suas consequências (hemorragias diversas, epoplezia senil).

Contra-indicações:

As mesmas de forma injetável

Dose:

Uma a duas comprimidos, ingeridos com um pouco de água; até 3 vezes ao dia, o critério do clínico.

Prof. Mário Degni — *Ligaduras das veias peroneiras e tibiais ao nível do 1/3 superior da perna.*

— Departamento de Higiene e Medicina Tropical, sessão em 25 de junho de 1954, ordem do dia: 1) Drs. Luiz Augusto Ribeiro do Valle, Plínio Martins Rodrigues e Roberto Araujo de Almeida Moura — *Estudo sobre a epidemia de influenza ocorrida em São Paulo em 1953.* — Isolamento e identificação do vírus; 2) Drs. M. P. Deane e L. M. Deane — *Infecção experimental do "Phlebotomus longipalpis" em caso humano de leishmaniose visceral.*

Hospital Juqueri, sessão de 5 de junho de 1954, ordem do dia: 1) *Oligofrenia* — Disenteria amebiana aguda; 2) *Paralisia geral*; 3) *Microcefalia*; 4) *Arteriosclerose cerebral*. Exposição clínica pelos Drs. Benedito A. Sampaio, Silvio Barbosa e Stanislaw Krynski.

— Sessão em 19 de junho de 1954, ordem do dia: 1) *Encefalopatia infantil* — Caquexia; 2) *Tuberculose acinosa crônica*; 3) *Epilêpsia* — *Edema cerebral*. Exposição clínica pelos Drs. Jorge Cozzolino, Moacyr Jorge e José Collarile.

Instituto Central — Hospital A. C. Camargo, sessão de 24 de junho de 1954, ordem do dia: 1) *Carcinoma vulvo-perineal* — Dr. Vicente Di Bella. Parte clínica a cargo do Prof. José Ramos Jr. e anátomo-patológica a cargo do Dr. Humberto Torloni.

— sessão em 31 de junho de 1954, ordem do dia: 1) *Carcinoma do estômago* — Dr. Fernando Gentil. Parte clínica a cargo do Prof. José Ramos Jr. e anatomopatológica a cargo do Dr. Humberto Torloni.

Manicômio Judiciário, sessão de 4 de junho de 1954, ordem do dia: 1) *Furto*. Exame mental negativo — Dr. Raphael de Mello Alvarenga; 2) *Estelionato*. Ausência de perturbação mental. Dr. Maurício do Amaral.

—, sessão de 12 de junho de 1954, ordem do dia: 1) *Tentativa de homicídio cometida em estado de ausência, por indivíduo portador de epilepsia psíquica* — Dr. Julião Vaqueiro Rodrigues; 2) *Furto cometido por paciente esquizofrênico* — Dr. Tarciso Leonce Pinheiro Cintra.

Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. — Regional em São Paulo, sessão de 21 de junho de 1954, ordem do dia: 1) Dr. Orlando Graner — *Dedo em mola* — Considerações sobre vários casos; 2) Drs. Bartolomeu Bartolomei e Walter E. Maffei — *Granuloma e osinofilo ósseo*.

Sociedade de Estudos Médicos, sessão de 11 de junho de 1954, ordem do dia: *Hidratação no pré e pós-operatório* — (conferência) — Prof. Dr. Eugênio Luiz Mauro, catedrático da Faculdade de Medicina de Sorocaba (convidado).

Sociedade Médica São Lucas, sessão de 14 de junho de 1954, ordem do dia: 1) *Físico-química da formação de edema e da inflamação* — Dr. Dionysio de Klobusitzky; 2) *A uremia nas obstruções do colédoco* — Dr. Eurico Branco Ribeiro.

Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de São Paulo, sessão de 2 de junho de 1954, ordem do dia: Dr. Arnaldo Amado Ferreira — *Conjunção carnal por meio de fraude*, com apresentação de um caso.

Tenha com os ouvidos os cuidados especiais de que eles necessitam, e assim estará protegendo uma das mais importantes funções: a audição. — SNES.

IMPrensa MÉDICA DE SÃO PAULO

Súmmario dos últimos números

Arquivos de Cirurgia Clínica e Experimental, Vol. XVII, n.º 1, janeiro-fevereiro de 1954. *Noções de radiologia da segmentação bronco-pulmonar* — Dulce de Camargo Vieira e Eduardo Marcondes Machado; *Adrenoxil, um novo agente hemostático* — Jayme Regallo Pereira, J. Ricardo A. Guimarães e J. Papaterra Limongi; Apresentação de casos.

Arquivos de Cirurgia Clínica e Experimental, Vol. XVII, n.º 2, março-abril de 1954. *Sarcoma de mama (a propósito de dois casos)* — Celso Menzen de Godoy; *Alterações hepáticas na moléstia de Chagas* — Hene Mansur Sadek e Prof. Edmundo Vasconcelos. Apresentação de casos.

Arquivos de Higiene e Saúde Pública, Vol. XVIII, n.º 57, setembro de 1953. *Contribuição ao estudo do movimento demográfico-sanitário no interior do Estado de São Paulo em 1951* — Newton Guimarães Ferreira e Emilio Salum; *Nota sobre o gênero "Rhodnius Stal", 1859, no Estado de São Paulo, Brasil (Hemiptera, Reduviidae, Triatominae)* — Renato R. Corrêa e Anísio R. de Lima.

Arquivos de Higiene e Saúde Pública, Vol. XVIII, n.º 58, dezembro de 1953. *O vanilato de etila no tratamento de algumas micoses* — Sebastião A. P. Sampaio e Floriano de Almeida; *Vacinação indiscriminada pelo B.D.G. oral nos municípios do interior do Estado de São Paulo* — Serviço preliminar para escolha do método de trabalho — Humberto Pascale e Edgar Cruz; *Bibliografia sobre esquistossomose* — Dora Palavra e Leda Corrêa Pôrto.

Arquivos Médicos da Força Pública de São Paulo, Vol. II, n.º 1 setembro-dezembro de 1953. *Obesidade* — Dr. Jorge Curutchet Ragusin; *A Lição de Cajal* — Prof. Gregório

Maranon; *Reumatismo* — Dr. Gil Spilborghs e Dr. Flerts Nébó; *Página da Junta*; *Boletim do Centro*; *Alimentação das Massas populares*; *Sintomatologia radiológica das colicistites agudas* — Dr. Plirts Nebo.

Arquivos da Sociedade de Medicina Legal e Criminologia, Vol. XXI, Fasc. 1.º, 2.º e 3.º, janeiro a dezembro de 1951-1952. *Os aparelhos de prótese na identificação* — José Cantinho; *Acidentes — Homicídios e suicídios em Curitiba* — Prof. Dr. Ernani Simas Alves; *Prova de histamina em tanatologia* — Drs. Ernesto Mendes e Bernardo Leo Wajchemberg; *Perícias médicas em infelizmente* — Dr. J. B. de Moraes Leme; *Distúrbios psíquicos desenvolvidos por atentados sexuais*. A propósito de um caso — Dr. J. Carvalho Ribas.

Legião Brasileira de Assistência, Comissão Estadual de São Paulo. Síntese das principais atividades em 1951-1952. São Paulo, Agosto de 1953. Relatório das atividades da Comissão Estadual de São Paulo. Biênio 1951/1952.

Neuronio, Vol. XV, n.º 2, 2.º trimestre de 1954. Charles F. Meninger A. C. Pacheco e Silva; *O espírito de inovação das doenças mentais*. A propósito de um precursor de moderno sistema de transporte coletivo — Dr. J. A. Ribas; *O efeito "Joule" em acidentes eléctricos do trabalho* — H. Veiga de Carvalho.

Pediatria Prática, Vol. XXV, fas. 5, maio de 1954. *Sobre a assistência aos deficientes mentais das Escolas Públicas de São Paulo* — Joy Arruda e Jay Arruda Piza; *Conceito da cura da glomerulonefrite difusa aguda* — Fernando Gayotto; *Megacolon na infância* — Virgílio A. de Carvalho Pinto.

Glicerofosf. de sódio ..	200 mg
GLICOCOLA	300 "
AMINOCETATO DE FERRO	9 "
" " Cobre	1 "
" " Zinco	0,8 "
" " Manganês	0,8 "
FORMIATO DE TETRAMETILAMÔNIO	5 "

CITRATO DE COLINA .	200 mg
Vitamina B ₁₂	0,9 "
Riboflavina	0,75 "
Piridoxina	0,5 "
Nicotinamida	2,5 "
Ácido Cítrico	18 "
Glicose	20 "

Em veículo aromatizado, q. s. p. 5cm³

**Constelação de fatores biocatalíticos
e metabólicos**

METABOLISIN

é um reconstituente moderno que equilibra o metabolismo celular, suprimindo as necessidades imediatas de um organismo debilitado.

De sua fórmula destacam-se:

- a) Um novo sal de ferro — aminoacetato de ferro — totalmente absorvível;
- b) o formiato de tetrametilamônio — importante fonte de grupos metílicos e base de sínteses orgânicas (ex.: adrenalina);
- c) a colina — base na síntese da lecitina, hépato-protetora e reguladora da motilidade intestinal;
- d) a glicocola — fator de síntese da creatina, de importância para a atividade muscular.

LABORATÓRIO FARMACÊUTICO INTERNACIONAL S. A.

Rua Lisboa, 890 — Fone: 80 - 2135 — São Paulo, Brasil

Consultores científicos:

Prof. Dr. W. BERARDINELLI
(Catedrático de Cl. Médica da Univ. do Brasil)

Prof. A. DE BARBIERI
(Prof. de Bioquímica da Univ. de Pávia, Itália)

Publicações Médicas, Ano XXIV, n.º 186. *Singular porta de entrada do bacilo tetânico* — Hermes Canto; *Abscesso tubo-ovariano e prenhez abdominal* — Orlando Bordallo; *Resuscitados pelo frio* — Claude Bart; *Amplietil — Um novo modificador do sistema nervoso, de efeitos neuroplégicos*; *Dermatite serpiginosa* — "Larva migrans" — Mário Fonzi; *Es-treptomina e hidrazida associadas em aerazol* — Dyonizio Queiroz Guimarães.

Resenha Clínico-Científica, Ano XXIII, n.º 5, maio de 1954. Giuseppe Maurizio Reviglio — *Neuroblastoma do simpático*; Domingos Delascio e Cyro Ciari Júnior — *As modificações gravídicas da hipófise*; Herbert D. Trace — *Cirurgia valvular cardíaca*; *Sobre o alcoolismo* (Mário Yahn); *Dos meios para evitar ou curar as enterites fulminantes provocadas pela terapêutica antibiótica.*

Revista do Hospital N. S. Aparecida, Vol. VI, n.º 6, novembro-dezembro de 1953. *Contribuição da química e da antibioticoterapia na redução do número de operações de Jacobaeus* — Chafik Curi; *Soja e alimentação do lactente* — Dr. José de Araújo; *Agranulocitose* — Carlos Hajaj.

Revista de Medicina e Cirurgia de São Paulo, Vol. XIV, n.º 4, abril de 1954. *A esôfago-gastroanastomose por via torácica no tratamento do megaesôfago* — Dr. Sebastião Hermeto Júnior; *Arnaldo Vieira de Carvalho e a cirurgia brasileira* — Dr. Ayres Netto.

Revista de Medicina e Cirurgia de São Paulo, Vol. XIV, n.º 5, maio de

1954. *Teoria neurogênica das hemorragias na síndrome de hipertensão porta e sua consequência terapêutica* — A. Dino de Almeida; *Mesotelioma da pleura* — Maria Luiza M. Tavares de Lima, Edgar S. de San Juan e Euríclides J. Zerbini.

Revista Paulista de Medicina, Vol. 44, n.º 5, maio de 1954. *As ressecções pulmonares no tratamento da tuberculose pulmonar. Resultados imediatos e tardios em 107 intervenções* — Dr. Eduardo Etzel; *Plumbagem extraperiosteal com esferas de lucites 39 operações* — Dr. Eduardo Etzel; *Aneurismas da artéria carótida primitiva. Considerações sobre um caso em que foi feita a ligadura do tronco braquiocéfálico* — Drs. Nicolau Moraes Barros Filho e Alvaro Francisco Coutinho; *Anemia drepanocítica* — Drs. Alexandre Mello, Nilva R. Mello e Alexandre Mello Filho; *Tratamento cirúrgico dos aneurismas da aorta torácica pelo processo do "wiring"* — Drs. Hugo J. Felipozzi, Ruy Margutti, André J. H. Nicolai, Costabile Gallucci e Antonio Gamme. *Aparêlho para a monometria biliar* — Dr. A. Cesário de Lima Horta.

Revista Paulista de Medicina, Vol. 44, n.º 6, junho de 1954. *Síndromes de hiperesplenismo* — Dr. Edmir Boturão; *Hiperesplenismos* — Dr. Michel Jamra; *Contribuição para o estudo do tecido conectivo sobseroso do segmento uterino e a cesárea segmentária transperitoneal* — Drs. Paulo Schmidt Goffi e Roberto A. Aun; *Invasão intestinal na infância* — Drs. Virgílio A. de Carvalho Pinto e Roberto de Vilhena Moraes.

VIDA MÉDICA DE SÃO PAULO

Academia de Medicina de São Paulo

Prêmios científicos de 1954. — Achem-se abertas, até 31 de outubro, as inscrições para os prêmios de 1954, que serão conferidos pela Academia de Medicina de São Paulo.

1) Prêmio "João Florêncio Gomes", para trabalho sobre Zoologia Médica ou Parasitologia Brasileira (diploma e medalha de ouro).

Foge



PERTIRAN

FILIAIS:
RIO DE JANEIRO
PÓRTO ALEGRE
BELO HORIZONTE
RECIFE-SALVADOR
CURITIBA

Ind. Farm. Endochimica S. A.
S. F. E. P. INSCRIÇÃO 159

MATRIZ:
Avenida Sto. Amaro, 1239 - S. Paulo

END. TELEGRÁFICO
"ENDOCHIMICA"
TELEFONE 8-2138
CAIXA POSTAL 7230

- 2) Prêmio "Etheocles Gomes", para trabalho sobre Fisiologia (diploma e medalha de ouro).
- 3) Prêmio "Biologia e Medicina", para trabalho sobre Farmacologia Experimental ou Terapêutica Medicamentosa (diploma e Cr\$.... 5.000,00 a Cr\$ 10.000,00).
- 4) Prêmio "Giovani Lorenzini", para trabalho sobre Nutrição, Vitaminologia, Gastroenterologia ou Síndromos Hemorrágicas (diploma e Cr\$ 6.000,00 a Cr\$ 12.000,00).
- 5) Prêmio "Antonio de Almeida Prado", para trabalho sobre Endocrinologia Clínica (diploma e Cr\$... 10.000,00).
- 6) Prêmio "Oswaldo Cruz", para trabalho sobre qualquer assunto re-

lativo a um dos ramos da Medicina (diploma e Cr\$ 20.000,00).

Só podem receber esses prêmios os médicos que tenham diploma regularmente registrado nas repartições competentes do país.

Os concorrentes devem mandar entregar na secretaria da Academia, à rua Roberto Simonsen, 97, os originais de trabalhos individuais ou em colaboração, ainda inéditos, escritos em português e datilografados em espaço duplo, de um só lado do papel, assinados e com folhas numeradas e rubricados por pseudônimo, e acompanhados de um envelope fechado encerrando o nome do autor ou autores e subscrito com o pseudônimo e o título do respectivo trabalho.

Necrológico

Dr. Antonio Bento de Campos Nogueira Martins. — Faleceu a 16 de julho p. passado o Dr. Antonio Bento de Campos Nogueira Martins, figura de destaque no seio da classe médica de São Paulo. Apaixonado pela profissão, dedicou toda a sua vida ao tratamento dos indigentes. Formado pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1926, fez, após, vários cursos especializados de médico sanitário, no Instituto de Higiene de São Paulo e de Tisiologia, no Hospital de São Luiz Gonzaga; no Instituto Clemente Ferreira, no Hospital de Nossa Senhora das Dores, no Rio de Janeiro e na Faculdade de Medicina de Paris.

Exerceu os cargos de Médico do Serviço de Higiene Municipal, de Inspetor técnico da Inspetoria de Policiamento de Alimentação Pública (Serviço de Leite), cargo esse conseguido por concurso.

Foi médico da Divisão do Serviço de Tuberculose, Presidente da Liga Paulista Contra a Tuberculose, onde sucedeu à Clemente Ferreira, depois

de com ele cooperar há vários anos; foi fundador da Policlínica de Nossa Senhora da Saúde, consultor médico do Sindicato dos Enfermeiros de São Paulo e do Centro Professorado Paulista.

Representou São Paulo e apresentou trabalhos em vários congressos, como no 3.º Congresso Nacional de Tuberculose, na Bahia; Conferência Nacional de Tuberculose, no Rio de Janeiro; 4.º Congresso Nacional de Tuberculose, em Recife e nos Congressos de Tuberculose, de Lima, de Cordoba, de Copenhague, de Roma e Conferência Internacional de Tuberculose, no Rio de Janeiro, além de outros certames nacionais.

Desdobrou-se no terreno de ação social, nos problemas de higiene, tuberculose e no problema hospitalar.

Era membro da Associação Paulista de Medicina, da Sociedade Médica São Lucas, da Sociedade Paulista de Tisiologia, da Sociedade de Tisiologia do Rio Grande do Sul, da American College of Chest Physicians.

Evite os males do estômago e do intestino, habituando-se a fazer as refeições a horas certas. — SNES.

*A classe médica tratava a pneumonia diplocócica
... ou a faringite, a sinusite e a otite média
estreptocócicas com numerosos fatores terapêuticos..*

**porém agora está à sua disposição
o melhor tratamento com...**

Doença	Sulfonamidas	Penicilina	Estreptomina ou Dido- estreptomina	Aureomicina ou Terramicina	Cloranfenicol
Pneumonia diplocócica	B	A		B	B
Faringite (estreptocócica)	B	A		B	B
Sinusite (estreptocócica)	B	A		B	B
Otite média (estreptocócica)	B	A		B	B

A — Medicamento de escolha B — eficaz

a Penicilina, *é o antibiótico de escolha*
no tratamento da maioria das doenças infecciosas bac-
terianas mais comuns.

A Penicilina Oral três vezes ao dia... é fácil de ingerir,
não interfere com as refeições e não interrompe o sono
do paciente; economiza o tempo do médico e da en-
fermagem. Pelo esquema das doses de Keefer*, 200.000
unidades ou suas múltiplas, três vezes ao dia, a despesa
da terapêutica com penicilina oral é inferior a 1/3 do
preço de tratamento com os antibióticos mais modernos.

*KEEFER, C.S., POSTGRAD. MED. 9:101, Fev. de 1951

feito para administrar três vezes ao dia em doses adequadas

Pentid

SQUIBB

Comprimidos de 200.000 unidades de
Penicilina Squibb — Frascos de 12

CONGRESSOS MÉDICOS

Congresso Pan-Americano de Oftalmologia
e Congresso Pan-Americano de Assistência
aos Cegos e Prevenção da Cegueira

Resumo de trabalhos. — Realizou-se no dia 12 de junho próximo passado, no auditório da Associação Paulista de Medicina, uma reunião conjunta do Congresso Pan-Americano de Oftalmologia e do Congresso Pan-Americano de Assistência aos Cegos e Prevenção da Cegueira. A sessão foi presidida pelo Sr. Alfred Allen, secretário-geral da Associação Norte-Americana de Assistência aos Cegos, tomando parte na mesa o Dr. Franklin M. Foote, diretor executivo da Sociedade Nacional para Prevenção da Cegueira; Dr. Rubens Belforte de Mattos, do Departamento de Oftalmologia da Escola Paulista de Medicina; Sra. Luiza Banducci, da Fundação para o Livro do Cego no Brasil; Sr. Pedro J. Valera, do Instituto Venezuelano de Cegos.

Importância de definir-se a cegueira. — Iniciando os trabalhos o dr. Foot discorreu sobre a "Importância de definir-se a cegueira". O resumo de sua tese é o seguinte:

"Muito embora não possa esperar que a solução dos múltiplos problemas dos cegos esteja na definição do termo "cegueira", não há dúvida de que esta medida concorre para que esses problemas sejam tratados de maneira exata. Até o ano de 1953, não existia uma interpretação uniforme nos Estados Unidos, sendo que para os vários fins, os diversos Estados definiam "cegueira" do modo mais heterogêneo. Foi naquela época que a Associação Norte-Americana de Medicina nomeou um comitê para estudar o assunto e, mais tarde o Conselho Federal de Segurança (Federal Security Administration) solicitou o concurso da Sociedade Nacional para Prevenção da Cegueira. Em 1956, os trabalhos assim realizados fizeram

com que o Conselho Federal de Segurança adotasse a definição padronizada de 20/200 ou inferior no olho melhor após correção ou um campo de visão com diâmetro máximo de 20 graus no olho melhor.

Salvo pequenas variações, é este o critério que, em 46 dos 48 Estados orienta a concessão de auxílio financeiro a cegos necessitados. Nos dois outros Estados vigoram definições mais restritas. A prática mostrou-nos que uma definição de "cegueira" é de importância capital não apenas na determinação da elegibilidade para certos serviços, tais como livro falado, ensino domiciliar e reabilitação vocacional, mas também para determinar a elegibilidade daqueles que pretendem matricular-se em classes ou escolas para cegos. Nos Estados Unidos prevalece o sistema de imposto sobre a renda para pessoas físicas e os cegos têm o direito a um abatimento especial, quando se enquadram na definição 20/200.

A fim de que seja possível elaborar planos de longa duração para atender às necessidades dos cegos, torna-se imprescindível saber quantas pessoas correspondem a essa definição em cada localidade, e, a não ser que se adote uma definição padronizada, esta tarefa reveste-se de grandes dificuldades. Também o estudo das causas da cegueira requer que se saiba quais as definições que se usavam nas várias regiões do país.

Na edição de julho de 1953 do "Journal of Social Ophthalmology", o dr. P. Bailliart focalizou as falhas que surgem ao se usar a falta de "visão itinerante" ou "habilidade limitada de orientar-se", como um conceito de cegueira. Ele advertiu que essa habilidade varia consideravelmente

quando se compara um cego morador de uma cidade pequena, com um cego morador de uma cidade grande e ainda, que deve ser levado em conta o grau de inteligência e a personalidade de cada um. Uma pessoa pode ser arrojada e ter iniciativa ou pode ser tímida e introspecta e além disso, deve-se considerar a condição dos outros sentidos. Com um diligente treinamento, tem-se conseguido nos Estados Unidos, ensinar a pessoas totalmente cegas, locomoverem-se muito bem com a ajuda de apenas uma bengala.

Portanto, apesar de sabermos que existe grande elemento subjetivo em testes de visão, somos da opinião que uma definição de cegueira em termos oftalmológicos, determinando o exato grau de visão é incomparavelmente melhor do que o critério oferecido por "perda de visão itinerante".

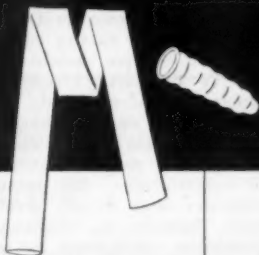
Quando uma pessoa possivelmente cega é submetida a um teste para se determinar o grau da perda de visão, deve-se proceder ao mesmo tempo, a um minucioso exame oftalmológico para se diagnosticar os fatores que causaram a perda visual. Frequentemente um exame dessa natureza prova ser possível a obtenção de melhora mediante tratamento. Para ser elaborado um plano de prevenção da cegueira é essencial que sejam conhecidas as suas causas".

Debates — Falaram em seguida os correlatores, discorrendo o dr. Rubens Belfort de Mattos sobre "O ponto de vista do oftalmologista", o sr. Pedro J. Valera sobre o ponto de vista do educador" e a sra. Luiza Banducci sobre "O ponto de vista do educador".

O assunto foi amplamente debatido, chegando-se ao final, à conclusão de que o conceito de cegueira proposto pela Associação Pan-Americana de Oftalmologia, apesar das restrições peculiares a todas definições, constitui a melhor orientação. O conceito, em resumo, é o seguinte: é cego o indivíduo que apresenta, com a correção ótica, no melhor olho, a visão de um décimo ou menor; é cego o indivíduo que apresenta retração no campo visual até 20 graus, no maior meridiano, no olho de melhor visão.

Dedeiras médicas

Drenos cirúrgicos



MUCAMBO

maior
elasticidade
e
resistência

Fabricados com o mais puro e mais fresco latex, extraído diariamente dos seringais anexos à fabrica de Artefatos de Borracha Mucambo Ltda., com sede à R. Miguel Calmon, 12-Salvador-Bahia.

Representantes:

CHARLES BERRINGER

Av. Atlântica, 458 - Apt.º 1102
Tel. 37-0954 - Rio de Janeiro

LUCIEN OPPENHEIM

Rua São Bento, 309 - sf 17
Tel. 32-1674 - São Paulo

MUCAMBO

A venda nas boas casas do ramo

ASSUNTOS DE ATUALIDADE

Conselho Brasileiro de Oftalmologia

Deliberações do Conselho. — Na sede da Associação Paulista de Medicina realizou-se uma assembléia geral do Conselho Brasileiro de Oftalmologia, entidade de caráter nacional, fundada em 1941 por decisão unânime do IV Congresso Brasileiro de Oftalmologia, com o fim de supervisionar o exercício de oftalmologia no país, e pugnar pela elevação cada vez maior do nível moral e intelectual dessa especialidade. São membros componentes dessa direção geral do Conselho Brasileiro de Oftalmologia, os professores catedráticos de oftalmologia do país, os docentes das Faculdades de Medicina federais e equiparados, bem como os presidentes das Sociedades de Oftalmologia e chefes de Serviço de Olhos, de todos os Estados brasileiros.

A reunião foi presidida pelo prof. Cezário de Andrade, presidente do Conselho Nacional de Educação do Ministério da Educação e também presidente em exercício da entidade, secretariado pelo dr. Sylvio de Toledo, da Comissão Estadual do Conselho Brasileiro de Oftalmologia, achando-se presentes as professoras: Sylvio de Abreu Fialho (Rio de Janeiro); Ivo Corrêa Meyer (Rio Grande do Sul); Hilton Rocha (Belo Horizonte); Clovis Paiva (Pernambuco); Seixas Maia (Paraíba); Luiz Assunção Osório (Rio Grande do Sul); Francisco Vidal (Rio de Janeiro); Geraldo Queiroga (Minas Gerais); Paiva Gonçalves (Rio de Janeiro); Cyro de Rezende (São Paulo); Moacyr E. Alvaro (São Paulo); Laborne Tavares (Minas Gerais); Werther Duque Estrada (Rio de Janeiro); Paulo Braga de Magalhães (São Paulo); Renato de Toledo (São Paulo) e os drs.: Nelson Moura Brazil do Amaral (Rio de Janeiro); Jacques Tupinambá (São Paulo); Natalício de Farias (Rio de Janeiro); Jovino Rezende (Rio de Janeiro); A. Azambuja (Rio Grande do Sul); Jonas Arruda (Rio de Janeiro); Altino

Ventura Pernambuco); Rebouças de Carvalho (Espírito Santo) e Plínio de Toledo Piza, Rubens Belfort Mattos Arthur Amaral Filho, deste Estado, e outros.

Dando início à sessão, o prof. Cezário de Andrade, após render um preito de saudade a memória do prof. Linneu Silva, Catedrático da Faculdade de Ciências Médicas, recentemente falecido, fez um relato histórico e uma exposição da situação financeira do Conselho, que tem sua sede no Rio de Janeiro. Prosseguiu acentuando as finalidades imediatas do Conselho, que são estabelecer "standards" desejáveis à prática oculística em cooperação com Hospitais, Faculdades de Medicina e Serviços Oficiais de Olhos, organizando os exames necessários a verificação dos conhecimentos e capacidades dos que desejarem exercer a oftalmologia nos vários Estados ou ingressar nos citados serviços. Como finalidade imediata, o Conselho visa trabalhar pela elevação do nível moral e intelectual da oftalmologia no país.

A seguir, o prof. Cezário de Andrade submeteu à apreciação dos presentes, a proposta de que sede do Conselho Brasileiro de Oftalmologia, seja rotativa nas diversas capitais dos Estados, com um mandato de dois anos para a Diretoria eleita, o que foi aprovado unanimemente, ficando desde logo assentado que a nova sede seja a cidade de São Paulo.

Foi igualmente aclamada por unanimidade, a nova diretoria do Conselho Brasileiro de Oftalmologia, cuja constituição é a seguinte: Presidentes, Prof. Cyro Rezende e prof. Moacyr E. Alvaro; vice presidente, dr. Jacques Tupinambá; secretários-gerais, drs. Sylvio de Almeida Toledo e Rubens Belfort Mattos; tesoureiro, dr. Renato Toledo.

Após haver a nova diretoria assumido a direção dos trabalhos, foi o prof. Cezário de Andrade aclamado

para presidente honorário da entidade. Dentre as várias atribuições que cabem ao Conselho Brasileiro de Oftalmologia, foi reexaminada e reafirmada por unanimidade aquela que confere ao Conselho, a responsabilidade da organização dos próximos Congressos Brasileiros de Oftalmologia e da escolha de suas novas sedes, com ulterior delegação de poderes às Sociedades Estaduais, para a realização dos referidos conclave.

A vista do exposto, ficou deliberado que o próximo Congresso Brasileiro de Oftalmologia, a realizar-se em Julho de 1956, tenha a sua sede na estância do Araxá (Estado de Minas Gerais). Foi o Conselho autorizado a entrar em entendimentos com a Associação Brasileira de Medicina, afim de serem estudadas medidas conjuntas visando dar maior eficiência à arregimentação da classe e em especial com vistas aos oftalmologistas do país.

Laboratório Químico Farmacêutico

V. BALDACCİ

PISA — (Italia)

HEMOSTÁTICOS DE CONFIANÇA ZIMENA

ampólas de 5 cc.

Globulinas plasmáticas e substâncias tromboplásticas em solução fisiológica.

ZIMEMA K

ampólas de 2 e 5 cc.

Solução de Zimema e Vitamina K

ZIMOSPUMA

Esponja de Fibrina puríssima em tubos esterilizados para hemostasia em cirurgia cavitária.

Únicos distribuidores no Brasil

LABORATÓRIO BIO-NEVRON S/A

Rua Pedro de Toledo, 519 — Caixa Postal, 718

Tel.: 70-2657 — São Paulo, Brasil



Synkavit

Vitamina K hidrossolúvel

Dispensa a administração conjunta de sais biliares, pode ser administrado por via endovenosa, é indolor por via intramuscular. Fácil absorção

Ampolas — Comprimidos

Técnicas Médicas

Recentes técnicas médicas descritas numa série única de filmes. — Uma série única de filmes cinematográficos, destinada a promover o intercâmbio internacional de informações médicas, está sendo agora preparada pela Chas. Pfizer & Co., Inc., uma das mais importantes firmas de produtos farmacêuticos dos Estados Unidos.

Os filmes que serão exibidos nos países do hemisfério Ocidental, na Europa e no Oriente, apresentarão técnicas médicas e cirúrgicas as mais modernas demonstradas por especialistas de renome. Serão produzidos em quatro idiomas diferentes para demonstrações a grupos de médicos, enfermeiras e outros profissionais. A Pfizer, supõe-se, é a primeira firma farmacêutica que se utiliza desse meio para promover informações médicas numa escala internacional.

O primeiro da série, um filme de

12 minutos em cores naturais e intitulado "Tratamento Efetivo num Caso de Queimaduras", mostrará como a cirurgia plástica foi utilizada para tratar um piloto mexicano que num desastre sofrera queimaduras graves nas mãos e braços. Nessa operação empregaram-se técnicas novas de enxerto de pele aperfeiçoadas pelo dr. Mário Gonzales Ulloa, presidente da Associação Mexicana de Cirurgia Plástica.

Devido ao interesse geral em relação à medicina, a Pfizer distribui esses filmes como um serviço público, sem preconizar ou apoiar necessariamente os métodos que apresentam.

Os filmes estão sendo produzidos pela Pfizer sob a direção de Fred J. Schaefer, da Filme House de Nova York. Poderão ser obtidos com títulos e narração em inglês, espanhol, alemão e francês.

LITERATURA MÉDICA

Apreciações

Persistência do Ductus Arteriosus.

— Noções gerais sobre o assunto, salientando o aspecto angiocardiógráfico.

— Tese de Docência apresentada no Rio de Janeiro pelo Dr. Maurício Rocha. 1954.

Dia a dia se vem avolumando, nos últimos anos, o interesse pelo estudo das moléstias congênitas do coração, dados os resultados brilhantes que a cirurgia vem obtendo no tratamento de algumas dessas enfermidades.

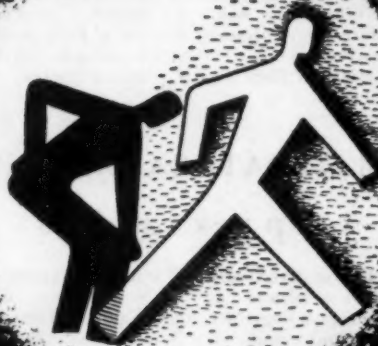
Se até há pouco mais de 20 anos, o simples diagnóstico de "Cardiopatía Congênita" satisfazia, ante a impossibilidade completa de em algo sequer se poderem beneficiar seus portadores inteiramente diversa é agora a situação. Com efeito a cirurgia obtém por vezes resultados espetaculares, restituindo capacidade física normal, ou extremamente melhorada, a alguns de seus portadores, antes gravemente

atingidos e diminuídos. Porém, para o conseguir, necessário se torna um diagnóstico tão exato quanto possível, pois inúmeras são as anomalias encontradas em clínica e totalmente diversas as indicações e contra indicações cirúrgicas, conforme a lesão existente ou a associação muito frequente de vários defeitos.

Tal é, particularmente, o caso da "persistência do Ductus Arteriosus", em que o risco cirúrgico é praticamente nulo, podendo porém um diagnóstico incompleto (associação com estenose pulmonar por ex.) tornar fatais os fins visados pela intervenção. No entanto, nos casos indicados, o resultado é ótimo e inteiramente invertido portanto o prognóstico, sempre mau da enfermidade abandonada à sua evolução natural pelas suas complicações rotineiras (endoarterite bacteriana sub aguda, insuficiência

NEURALGIAS
DOENÇAS CARDIO-VASCULARES
REUMATISMOS MUSCULARES E ARTICULARES

VITAIODINA



IODETO DE SÓDIO	0,05 gr.
GLICEROFOSFATO DE SÓDIO	0,15 gr.
VITAMINA B ₁	0,01 E 0,02 gr.

LABORATÓRIO GROSS • RIO DE JANEIRO

cardíaca, aneurismas do Ductus ou da pulmonar, paralisia do recorrente, hipertensão e arteriosclerose pulmonares).

Dos vários centros de estudos da cirurgia das cardiopatias congênitas um dos mais brilhantes é o da escola sueca de Wegelius e Lind. É baseado no material dos arquivos desta escola, que o Dr. Maurício Rocha, do Rio de Janeiro, fez este ano a sua tese de docência sobre "Persistência do Ductus Arteriosus — Noções gerais sobre o assunto, salientando o aspecto angiocardiógráfico".

Em um volume de oitenta e poucas páginas, com excelente bibliografia e inteiramente moderna, estuda sucessivamente:

- 1) A embriologia do Ductus Arteriosus
- 2) A circulação fetal e o mecanismo de fechamento do canal arterial
- 3) O fechamento do Ductus
- 4) A etiopatogenia da persistência do Ductus arterial
- 5) A dinâmica circulatória na persistência do Ductus Arterial.
- 6) O exame radiológico de rotina e a persistência do Ductus Arteria
- 7) Tomografia — Pneumomediastino
- 8) A aortografia torácica na persistência do Ductus Arteriosus
- 10) Angiocardiógrafia venosa (técnica de Wegelius e Lind) no diagnóstico da persistência do Ductus Arteriosus
- 11) Sinais angiocardiógráficos da persistência do Ductus Arteriosus
- 12) O diagnóstico diferencial da persistência do Ductus Arteriosus
- 13) Conclusões

Em todos esses capítulos, são os vários assuntos estudados com grande clareza e muito bem atualizados, merecendo particular destaque os relativos a diagnóstico clínico e por meios subsidiários. De entre estes últimos, a realçar, não só o radiológico simples, o cateterismo, a quimografia e a tomografia, mas particularmente o relativo à angiocardiógrafia com a técnica de Wegelius, enaltecendo o grande valor dos resultados por esta muitas vezes obtidos: injeção endovenosa di-

reta do contraste; aparelhagem especial, colhendo instantâneos em dois planos em um só tempo e permitindo 10 a 12 radiografias por segundo em cada plano durante o trânsito intra cardíaco do contraste; correlação electrocardiógráfica. Esta última de enorme vantagem para a cronização do aspecto angiocardiógráfico face à fase da revolução cardíaca (sístole ou diástole auricular ou ventricular em seus vários tempos).

Altamente interessante o quadro esquemático para o diagnóstico diferencial com as várias condições podendo simular o Ductus Arterial persistente: anomalias do septo aórtico, aneurisma do seio de Valsava roto, fístula congênita artério-pulmonar, comunicação inter-auricular e Lutembacher, comunicação inter-ventricular, complexo de Eschmenger, comunicação inter-ventricular associada a insuficiência aórtica, tronco arterial comum, estenose mitral, insuficiência aórtica mais estenose mitral, estenose da pulmonar mais persistência da Ductus Arteriosus, sopro venoso cervical, anemias graves, aneurisma artério venoso da pulmonar.

Baseia-se esse esquema em o confronto do quadro clínico com as alterações electrocardiógráficas, os sinais radiológicos de rotina, os dados obtidos pelo cateterismo, pela aortografia torácica, pela angiocardiógrafia dinâmica, pela electroquimografia, em cada uma dessas afecções mostrando o seu valor relativo e os dados essenciais de cada um em cada caso, a conclusão final resultando do seu balanço exato e da sua crítica detalhada face aos dados clínicos, sempre primordiais.

Trabalho portanto altamente interessante a tese do Dr. Maurício Rocha, não só para os cardiólogos e cirurgiões especializados, mas também para o clínico geral e o pediatra pela excelente atualização do assunto, o seu estudo sintético mas bem detalhado e prático. A lamentar, apenas, a referência muito breve e incompleta aos dados obtidos no setor em nosso meio médico, sendo na realidade trabalho aurido essencial e fundamentalmente na brilhante escola sueca da especialidade, mas com bibliografia universal do assunto.

Tratamento da **HIPERTENSÃO ARTERIAL**
e suas manifestações :

NOROFILLINA

(TEOFILINA-ETILENDIAMINA)

VIA ENDOVENOSA

VIA ORAL

Norofillina sem glicose :

empôlas de 10 cm³.

24 ctgs. de teofillina-etilendiamina por empôla.

Norofillina com glicose :

empôlas de 10 cm³.

3 empôlas de teofillina-etilendiamina 24 ctgs. cada.

3 empôlas de sôro glicosado hipertônico a 30%.

Norofillina comprimidos :

tubos com 20 comprimidos de 0,10 ctgs. de teofillina-etilendiamina.

A Norofillina pode ser usada só ou misturada com sôro glicosado.



LABORATÓRIO

TERÁPICA PAULISTA S/A.

RUA FERNÃO DIAS, 82 — SÃO PAULO



DIVERMIL

COMBATE TODAS AS VERMINOSES SEM PERIGO

QUENOPÓDIO ATÓXICO
POR ADSORÇÃO

ADULTOS: 12 CAPSULAS
CRIANÇAS: 1 CAPSULA
PARA CADA ANO DE IDADE

LABORATÓRIO GROSS - RIO DE JANEIRO

INSTITUTO RADIOLÓGICO "CABELLO CAMPOS"

Radiodiagnóstico e Radioterapia

Director: Dr. J. M. CABELLO CAMPOS

(Do Colégio Brasileiro de Radiologia)



RUA MARCONI, 94 - 2.º andar - Telefone 34-0655

SÃO PAULO

EXCERPTA MÉDICA

Revista internacional de resumos dos últimos trabalhos
publicados na literatura médica mundial.



Publica mensalmente um volume de cada uma das seguintes especialidades:

- | | |
|---|-------------------------------------|
| I - Anatomia, Embriologia e Histologia. | VIII - Neurologia e Psiquiatria. |
| II - Fisiologia, Bioquímica e Farmacologia. | IX - Cirurgia. |
| III - Endocrinologia. | X - Obstetrícia e Ginecologia. |
| IV - Microbiologia e Higiene. | XI - Oto-rino-laringologia. |
| V - Patologia Geral e Anatomia Patológica. | XII - Oftalmologia. |
| VI - Medicina Geral. | XIII - Dermatologia e Venereologia. |
| VII - Pediatria. | XIV - Radiologia. |
| | XV - Tuberculose. |



Pedidos de assinaturas para:

111, KALVERSTAAT - AMSTERDAM C. - HOLANDA

DISTONEX



para o



Equilíbrio vago-simpático



LABORATÓRIO SINTÉTICO LTDA.

Rua Tamandaré, 316 - Telefone, 36-4572 - São Paulo

São Paulo Editora S/A., imprimeira.